

**ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА
НАПН УКРАЇНИ**

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЇ :

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ ІНСТИТУТУ ПСИХОЛОГІЇ
ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА НАПН УКРАЇНИ**

**Том III
КОНСУЛЬТАТИВНА ПСИХОЛОГІЯ І
ПСИХОТЕРАПІЯ**

Випуск 13

**Київ
« »**

2017

ISSN

Актуальні проблеми психології Т. III : Консультативна психологія і психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. — Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України; — К. : , 2017. — Вип. 13. Консультативна психологія і психотерапія. — 264 с.

Головний редактор:

Максименко С. Д. — дійсний член НАПН України, доктор психол. наук, професор

Заступник головного редактора:

Чепелева Н. В. — дійсний член НАПН України, доктор психол. наук, професор

Відповідальні секретарі:

Слободяник Н. В. — кандидат психол. наук (друкована версія)

Вернік О. Л. — кандидат психол. наук (електронна версія)

Редакційна колегія:

Моляко В. О., дійсний член НАПН України, доктор психол. наук, професор;

Балл Г. О., член-кореспондент НАПН України, доктор психол. наук, професор;

Карамушка Л. М., член-кореспондент НАПН України, доктор психол. наук, професор;

Стульсон М. Л., член-кореспондент НАПН України, доктор психол. наук, професор;

Кокун О. М., доктор психол. наук, професор;

Максимова Н. Ю., доктор психол. наук, професор;

Москаленко В. В., доктор філос. наук, професор;

Швалб Ю. М., доктор психол. наук, професор;

Пріорженко Т. О., доктор психол. наук, професор;

Кісарчук З. Г., кандидат психол. наук, ст. н. с.;

Музика О. Л., кандидат психол. наук, професор;

Терещук А. Д., кандидат психол. наук, ст. н. с.;

Члени міжнародної редакційної колегії

Антон Фабіан, професор, доктор габілітований, завідувач кафедри соціальної роботи, Університет Павла Йозефа Шафаріка в Кошицях (Словаччина);

Марек Палух, професор надзвичайний, доктор габілітований гуманітарних наук, завідувач кафедри соціальної педагогіки в Інституті педагогіки Жешівського університету (Польща);

Евген Глива, професор, доктор філософських наук з психології, іноземний член НАПН України (Австралія);

Роман Трач, професор, доктор філософських наук, іноземний член НАПН України (США);

Альфред Притц, професор, доктор з психології та педагогіки, ректор університету імені З. Фрейда (Австрія).

*Рекомендовано до друку рішенням Вченої ради Інституту психології
імені Г. С. Костюка НАПН України (протокол № 11 від 10 листопада 2016 року)*

*Свідомство про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
серія КВ № 17847-6693ПР від 10.06.2011*

*Збірник внесено до Переліку наукових фахових видань України в галузі психологічних наук
(Наказ МОН України № 1021 від 7.10.2015 р.)*

© Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, 2017

<http://www.apppsychology.org.ua>

ISSN

Актуальні проблеми психології Т. III : Консультативна психологія і психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. — Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України; — К. : , 2017. — Вип. 13. Консультативна психологія і психотерапія. — Вип. 13. — 1 с.

У збірнику наукових праць продовжується обговорення питань психологічної допомоги людям, що пережили важкі стресові події – умов формування допомагаючих стосунків “психотерапевт – клієнт” у роботі з внутрішньо переміщеними особами (дорослими і дітьми), особливостей медико-психологічної реабілітації учасників АТО та психологічної підтримки членів їхніх родин, чинників виникнення та загострення негативних емоційних станів у волонтерів – психологів / психотерапевтів, проблеми опірності читачів деструктивному впливу медіа-текстів тощо.

У збірнику представлена також окрема рубрика з концептуальних і методичних питань психоаналізу та психодинамічної терапії.

Збірник адресується фахівцям у галузі консультативної психології та психотерапії — як науковцям, так і практикам, викладачам вищих навчальних закладів, аспірантам, студентам, а також усім, кого цікавлять актуальні проблеми сучасної психотерапії та психологічного консультування, зокрема питання психологічної, психотерапевтичної та реабілітаційної допомоги постраждалим

Actual Problems of Psychology: G. S. Kostiuk Institute of Psychology NAPS Ukraine / Ed. S.D. Maksymenko. – Vol. III: Counselling Psychology and Psychotherapy – Issue 13. – K.: Logos, 2017.

The collection of scientific works continues the discussion of psychological assistance to people who survived severe stress events – the conditions for the formation of aiding relations "therapist-client" in working with internally displaced persons (adults and children), the peculiarities of medical and psychological rehabilitation of ATO participants and psychological support of their members families, factors of occurrence and exacerbation of negative emotional states in volunteers - psychologists / psychotherapists, problems of resistance of readers to the destructive influence of media texts.

The collection also presents a separate section on the conceptual and methodological issues of psychoanalysis and psychodynamic therapy.

The collection is addressed to experts in the field of counseling psychology and psychotherapy - both scientists and practitioners, teachers of higher educational institutions, postgraduate students, students, as well as all those who are interested in the actual problems of modern psychotherapy and psychological counseling, in particular the issue of psychological, psychotherapeutic and rehabilitation care for the victims.

**1. Теорія і технології психотерапевтичної допомоги
постраждалим внаслідок травматичних подій**

Лазос Г. П. Психотерапія постраждалих внаслідок тортур: огляд сучасних досліджень та психотерапевтичних моделей.....	8
Омельченко Я. М. Відновлення безпечних стосунків психотерапевта з дітьми внутрішньо переміщених родин	46
Плескач Б. В., Уркаєв В. С. Соціально-психологічні аспекти психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам	74
Литвиненко Л. І. Підтримка та медико-психологічна реабілітація учасників АТО: досвід реалізації програми «Дорога зцілення».....	91
Журавльова Н. Ю. Специфіка психотерапевтичного стосунку у роботі психолога з дружинами ветеранів бойових дій	112
Лазос Г. П. Фактори ризику виникнення негативних емоційних станів у волонтерів психологів/психотерапевтів	130
Гурлева Т. С. Особистісна автономність читачів в опірності деструктивному впливу медіа-текстів: реалії та перспективи розвитку.....	152
Міщук С. С. Процесуальні аспекти феномену дитячих психотравм.....	170
Громова А. М. Опыт насилия в детстве и его влияние на здоровье взрослой личности.....	184

**2. Теорія та практика психоаналізу
і психодинамічної терапії**

Кісарчук З. Г., Гребінь Л. О. Метод кататимно-імагінативної психотерапії в контексті особливостей його викладання.....	203
Мединська Ю. Поняття “Антикрихкості” у психоаналітичній психотерапії.....	255

**G. S. KOSTIUK INSTITUTE OF PSYCHOLOGY
NAPS UKRAINE**

ACTUAL PROBLEMS OF PSYCHOLOGY :

SCIENTIFIC PAPERS

**OF THE G.S. KOSTIUK INSTITUTE OF PSYCHOLOGY
NAPS UKRAINE**

VOLUME III

COUNSELING PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

ISSUE 13

**KYIV
“ ”**

2017

Actual Problems of Psychology : G. S. Kostiuk Institute of Psychology NAPS Ukraine / ed. S.D. Maksymenko. – V. III : Counseling Psychology and Psychotherapy / by scientific ed. S.D. Maksymenko. – Issue 13. – Kyiv : , 2017 p. — 264 p.

Editor :

Maksymenko S.D. – full member NAPS Ukraine, doctor of psychology, professor

Deputy editor :

Chepeleva N.V. – full member NAPS Ukraine, doctor of psychology, professor

Executive secretary :

Slobodianyuk N.V. – PhD in psychology, senior researcher (paper version)

Vernik O.L. – PhD in psychology, senior researcher (e - version)

Editorial Board:

Moliako V.O., member NAPS Ukraine, doctor of psychology, professor;

Ball G.O., corresponding member NAPS Ukraine, doctor of psychology, professor;

Karamushka L.M., corresponding member NAPS Ukraine, doctor of psychology, professor;

Smulson M.L., corresponding member NAPS Ukraine, doctor of psychology, professor;

Kokun O.M., doctor of psychology, professor;

Maksimova N.J., doctor of psychology, professor;

Moskalenko V.V., doctor of psychology, professor;

Shvalb J.M. doctor of psychology, professor;

Pirozhenko T.O., doctor of psychology, professor;

Kisarchuk Z.G., PhD in psychology, senior researcher;

Muzyka O.L. PhD in psychology, professor;

Tereschuk A.D., PhD in psychology, senior researcher.

Member of International board:

Anton Fabian, Professor, Habilitated Doctor, Head of the department of Social Work, Pavol Jozef Safarik University in Kosice (Slovakia);

Marek Paluh, Professor Extraordinarius, Habilitated Doctor of Humanities, Head of the Department of Social Pedagogy of Institute of Pedagogy, Zhesliv University (Republic of Poland),

Eugene Hliva, Foreign Member of the NAPS Ukraine, Consulting Professor at the Australian Society of Clinical Hypnotherapist (Australia)

Roman Trach, Doctor of Philosophical Science, Professor, Foreign Member of NAPS Ukraine (USA)

Alfred Prits, Professor, Doctor of Psychology and Pedagogy, Rector of Sigmund Freud University (Republic of Austria).

*Published by the decision of the Academic Council of G. S. Kostiuk
Institute psychology NAPS Ukraine
(№11, 10.11.2016)*

*Sertificate of registration of print media
HF series number:№ 17847-6693PR of 10.06.2011
The collection included in the list of scientific professional editions Ukraine psychology
(Order of MES № 1021 of 7.10.2015)*

CONTENTS

1. Theory and technologies of psychotherapeutic assistance to victims of traumatic events

Lazos G. P. <i>Psychotherapy of torture survivor: an overview of the modern research and psychotherapeutic models</i>	8
Omelchenko Y. M. <i>Proceeding in the safe relations of psychotherapist with children from the inwardly moved families</i>	46
Pleskach B. V., Urkaev V. S. <i>Socio-psychological aspects of psychotherapeutic help with inwardly moved families</i>	74
Lytvynenko L. I. <i>Medical and psychological rehabilitation of servicemen and mobilized</i>	91
Zhuravliova N. U. <i>The specific nature of psychotherapeutic relationship in working with wives of combat veterans.</i>	112
Lazos G. P. <i>Psychotherapy of torture survivor: an overview of the modern research and psychotherapeutic models</i>	130
Hurlieva T. S. <i>Personal autonomy of readers in resisting the destructive effect of media texts: the realities and prospects of development</i>	152
Mischuk S. S. <i>Process-related aspects of the phenomenon of child psychotrauma</i>	170
Hromova H. M. <i>Experience of violence in childhood and its impact on the health of adult personality</i>	184

2. Theory and practice of psychoanalysis and psychodynamic therapies

Kissarchuk Z. G., Grebin L. O. <i>The method of Katathym–imaginative psychotherapy in the context of the features of its teaching</i>	203
Medynska U. <i>Concept “Antifragility” in psychoanalytic psychotherapy</i>	255

1. Теорія і технології психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок травмівних подій

УДК 159.98 : 615.851 – 05

Лазос Г. П.

ПСИХОТЕРАПІЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ТОРТУР: ОГЛЯД СУЧАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ МОДЕЛЕЙ

Лазос Г. П. Психотерапія постраждалих внаслідок тортур: огляд сучасних досліджень та психотерапевтичних моделей. В статті розглянуто торттури як феномен людської жорстокості, описано психічні наслідки, до яких призводять торттури та подано дискусію з приводу необхідності виокремлення групи психічних станів після тортур в окрему діагностичну категорію. В статті також подаються результати сучасних досліджень ефективності різних методів психотерапії у роботі з постраждалими від тортур. Звертається увага на важливість загальних дієвих факторів у побудові моделей психотерапевтичної або психореабілітаційної роботи. Наводяться приклади ефективних моделей роботи з такою групою постраждалих.

Ключові слова: торттури, постраждалі, діагностика, психотерапія, дослідження, психотерапевтичний підхід, загальні дієві фактори, модель психотерапії.

Лазос Г. П. Психотерапия пострадавших, к которым применялись пытки: обзор современных исследований и психотерапевтических моделей. В статье рассмотрены пытки как феномен человеческой жестокости, описаны психические последствия, к которым приводят пытки и подается дискуссия на тему необходимости выделения группы психических состояний после пыток в отдельную диагностическую категорию. В статье так же приводятся результаты современных исследований эффективности разных методов психотерапии в работе с пострадавшими из-за пыток. Обращается внимание на важность общих действенных психотерапевтических факторов при построении моделей психотерапевтической или

психореабилитационной работы. Приводятся примеры эффективных моделей работы с такой группой пострадавших.

Ключевые слова: пытки, пострадавшие, диагностика, психотерапия, исследования, психотерапевтический подход, общие действенные факторы, модель психотерапии.

Постановка проблеми. Екстремальні події на Сході України — воєнний конфлікт, значні втрати серед військових та мирних мешканців, вимушене переселення людей, тією чи іншою мірою впливають на все населення нашої країни. Відповідно до цих обставин перед вітчизняними науковцями та практиками постає серйозна проблема створення та впровадження системи медико-психологічної та реабілітаційної допомоги всім категоріям постраждалих внаслідок кризових подій в Україні.

Серед категорій постраждалих, які потребують допомоги, можна виокремити наступні групи: бійці Збройних Сил та Національної гвардії; ветерани АТО; жителі регіону, охопленого війною; тимчасово переселені особи, їхні родини; родичі військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях або звільнились зі служби. На жаль, з'явилась ще одна група постраждалих, яку слід виділяти окремо, — особи, звільнені з полону та особи, які зазнали катувань (тортур). Саме ця категорія є однією з найскладніших з погляду надання психотерапевтичної допомоги і найменш дослідженою у вітчизняній науці. Оскільки різні категорії постраждалих зазнали (зазнають) абсолютно різних психогенних впливів, до них важливо застосовувати специфічні алгоритми психологічної / реабілітаційної допомоги.

Сучасна наука накопичила великий обсяг знань про надання допомоги різним категоріям постраждалих. Відомі фахівці, університети та організації працюють у різних частинах світу і діляться своїм досвідом на сторінках спеціалізованих періодичних видань, на окремих симпозиумах під час світових конгресів та конференцій. З одного боку, важливо розумітися та спиратися на світові надбання, але, як показує наш власний досвід, пряма екстраполяція сучасних моделей психотерапевтичної чи реабілітаційної допомоги не є ефективною. На наш погляд, створення психотерапевтичних моделей для надання допомоги різним категоріям постраждалих має відбуватися не тільки на основі наукових даних (психотерапевтичних, нейробіологічних тощо), а й

з урахуванням соціокультурної специфіки тієї спільноти, де відбувається реабілітація і психотерапія постраждалих. Саме це є певним викликом і важливим завданням для вітчизняних науковців та практиків у цій галузі.

Отже, в даній статті надаємо огляд сучасних досліджень, присвячених пошуку ефективних психотерапевтичних моделей для роботи з людьми, які постраждали від людської жорстокості, зазнали тортур та були в полоні. Ці дослідження були опубліковані протягом останніх років у спеціальному журналі *Torture Journal*, що видається всесвітньою організацією *International Council of Torture Victims*, або доповідалися на світових конгресах з психології та психотерапії (*European Congress of Psychology (EFPI)*, Амстердам, 13-14 липня 2017 року; 8 Міжнародний конгрес з психотерапії, Париж, 24-28 липня, 2017 року (8th World Congress for Psychotherapy).

Метою даного огляду є ознайомлення сучасної спільноти фахівців у галузі психічного здоров'я, вітчизняних науковців, психологів, психотерапевтів, травматерапевтів та ін. із сучасними ефективними методами та технологіями психотерапії в роботі з постраждалими від тортур; із завданнями і перспективами сучасних досліджень в галузі психотерапії травми. Ми очікуємо, що даний огляд допоможе поширювати знання про високі стандарти надання психотерапевтичної допомоги, а також спровокує вітчизняних науковців на якісні дослідження.

Виклад основних результатів теоретичного дослідження. Розпочнемо наш огляд із загальних визначень та наукових довідок щодо тортур, катувань та специфіки їхнього впливу на людину. Спочатку розглянемо феномен самих тортур, що є основним проявом людської жорстокості, з якими мали справу постраждалі, а також розглянемо наслідки катувань на людську психіку. Потім перейдемо до розгляду підходів щодо діагностики при такому виді травмування, адже коректність діагностики надає можливість виокремити специфіку психотерапевтичного втручання і будувати ефективні лікувально-реабілітаційні моделі.

Тортири та їхні наслідки. Тортири — це будь-яка дія, що навмисне спричиняє сильний біль або страждання (фізичне чи моральне) будь-якій особі, щоб отримати від неї або від третьої особи відомості чи зізнання, покарати її за дії, які вчинила вона або

третя особа чи у вчиненні яких вона підозрюється, а також, щоб залякати чи примусити її або третю особу, чи з будь-якої причини, що ґрунтується на дискримінації будь-якого характеру, коли такий біль або страждання спричиняють державні посадові особи чи інші особи, які діють офіційно, чи з їхнього підбурювання, чи з їхнього відома, чи з їхньої мовчазної згоди. Це визначення ратифіковане Конвенцією Об'єднаних Націй проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність видів поводження та покарання (UNCAT), а також покладене в основу міжнародної угоди, що приписує повну заборону тортур по всьому світу [1; 48]. Хроніки тортур беруть свій початок далеко в історії людства. Проте безпосередня мета тортур залишається універсальною, а саме: навмисне завдати і завдавати інтенсивних страждань. Опосередковані цілі, форми та легітимність тортур зазнали значних змін протягом недавнього минулого та сьогодення. До середини вісімнадцятого сторіччя, тортури мали подвійну мету: а) змусити жертву зізнатись; б) покарати злочинні вчинки. Головною метою тортур було продемонструвати могутність чинної влади та залякати населення, аби унеможливити заколот. Наразі цілі тортур можуть варіюватись: тортури досі використовують як засіб тиску на політичних опонентів, щоб спровокувати зізнання, але тортури також стали формою приниження або знищення небажаних [20].

Оскільки тортури небезпечно втручаються в найбільш приватні та інтимні сфери людини, варто розглянути їхні психологічні та психічні наслідки на особистість. Зазнаючи тортур, людина перетворюється на жертву, що загалом призводить до втрати відчуття її внутрішньої цілісності, інтимності та приватності. Такий досвід призводить до психічних метаморфоз та колапсу, у парі з відчуттям дезорієнтації ідентичності та деперсоналізації, а також страху втрати самої своєї сутності, душі або духу¹.

Як зазначають L. Hárđi, A. Kroo, один з головних парадоксів тортур полягає в тому, що хоча фізична відстань між катом і жертвою мінімальна або зовсім відсутня, моральна, екзистенційна та психічна прірва є настільки великою, наскільки можна це уявити

¹ У фінальній сцені фільму Романа Поланські «Піаніст» щойно звільнений в'язень концтабору зустрічається з німецьким військовим полоненим і каже: «Ти вкрав мою скрипку, ти вкрав мою душу» [39].

між двома людськими істотами. Такий досвід має важливі наслідки, що стосуються психічної репарації того, хто вижив. Мета тортур — зруйнувати ідентичність, ядро особистості, роблячи жертву, а згодом її дітей та онуків неспроможними проживати «нормальне» щоденне життя [20; 28]. Згідно з Терез Віраг², тортури не лише завдають шкоди тому, хто вижив, але й, проникаючи глибше, пошкоджують наступне покоління у вигляді трансгенераційної травми. В її роботах описано, як травмівний досвід знаходить притулок у підсвідомості і поводить ся наче «фантом», впливаючи на наступні покоління через замовчування, сімейні таємниці, «незавершені завдання» та успадковані психологічні симптоми (тривогу, агресію, провину, сором тощо) [50].

Варто також зазначити, що тортури, відповідно до своєї навмисної природи, руйнують фундаментальну довіру в тих, хто їх зазнав, і віддаляють цю особу від інших людей. Інтерналізація ставлення ката, чиєю метою є зганьбити або навіть знищити, вирвати з коренем жертву і довести, що вона є негідною людиною, має суворі наслідки, що стосуються образу самих себе, самооцінки та ідентичності тих, хто це пережив [21; 20; 28]. *А, отже, саме відновлення зруйнованої довіри в інших та в самого себе є первинним завданням терапевтичного процесу.*

Наслідки тортур також проявляються в тому, що жертва впадає в надзвичайно регресивну позицію і звертається до незрілих захисних механізмів (розщеплення, примітивної ідеалізації, проективної ідентифікації, заперечення), проте саме такі реакції можуть допомагати адаптивній функції під час катування. Так, R. K. Papadopoulos у своїх роботах зазначає, що психологічне замирання (тимчасова абстиненція) біженців може знизити можливі наслідки такого травмування та активізувати самозцілювальні механізми. Це забезпечує тимчасове виживання і вимагає відповідного ставлення до цього з боку лікарів та психотерапевтів [35]. Проте, такі реакції, зумовлені травматичною ситуацією, найчастіше перетворюються згодом на стратегію малоадаптивного ескапізму. L. Hárđi, A. Kгоо зазначають, що захисні механізми, застосовані у стінах ізоляційної камери, можуть

² Психотерапевт, дитячий аналітик, засновниця угорського Центру реабілітації тих, хто пережив Голокост 'KUT'

мати як наслідок патологічні реакції (агресію, неадекватну лютю, депресію та суїцидальні інтенції) у стінах свого дому, і можуть призводити до трансгенераційних травм. В психологічному звіті про наслідки Голокосту описано механізм, як жертва жорстокого переслідування регресує до більш ранніх форм травматизації (первісна травма народження), що руйнує передедіпальні структури створених стосунків матері-дитини, що призводить до пошкодження і постійної загрози структурі ідентичності [20; 11; 36].

Розглянуті психічні наслідки катувань часто призводять до серйозних психічних розладів. Зазначимо, що проблема діагностики і класифікації цих розладів залишається актуальною. Розглянемо деякі підходи до цієї проблеми, які висвітлюються в сучасних дослідженнях та є предметом наукових дискусій.

Відомо, що праці, присвячені катуванням і тортурам сягають давнини. Як результат жахливих подій двадцятого століття чимало письменників, філософів, фізіологів та психоаналітиків зверталися до феномену масових, хронічних травм та їхніх наслідків. Голокост, який мав на меті знищити значну частину цивільного населення, став моделлю екстремальних травм. Тим не менше, знадобився певний час, аби він став частиною психотерапевтичного дискурсу, особливо його прояви у країнах Східної та Центральної Європи, через політичний, історичний та соціологічний контекст [20; 40]. У 1960-і психоаналітики, які лікували тих, хто пережив Голокост, здійснили суспільне відкриття: класичні концепції психоаналізу, які застосовувалися для випадків депресії, переживання горя та травм, дали успішні результати в лікуванні тих, хто вижив після тортур. На основі дослідження, проведеного з такими пацієнтами, було виявлено «синдром того, хто вижив» [23; 31]. Як зазначають L. Nárdi, A. Kroo, визначення цього синдрому стало одним з перших підходів до теперішнього розуміння «комплексного ПТСР»³ [20]. Найбільш суттєвими симптомами серед описаних авторами були: розлади сну, жажіття, афективні симптоми (хронічна тривога, депресія тощо), когнітивні порушення (часткова втрата пам'яті/амнезія), проблеми з концентрацією уваги) та характерологічні зміни особистості. Важливою відмінністю між «синдромом того, хто вижив» і офіційним діагнозом ПТСР є

³ термін Дж. Герман

феномен викривлення ідентичності [11]. Цю понятійну лакуну детально осмислено та описано в роботах Джудіт Герман [21], яка запропонувала альтернативний діагноз — комплексний ПТСР. Такий вид посттравматичного стресового розладу формується в контексті полону або ув'язнення завдяки тривалому впливу інтерперсонального травмування, під час якого відбуваються порушення особистих кордонів і відсутність контролю. Дж. Герман підкреслює, що в результаті цього екстремального типу травмування слід акцентувати увагу на пошкоджене самосприйняття постраждалого і на основі цього виокремлювати діагноз з подальшим включенням його до діагностичної категорії [21]. Також науковці пропонують ще один альтернативний діагноз даному розладу внаслідок пережитих тортур — «Розлади, що спричинені екстремальним стресом, не специфіковані» (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS)). Цей термін було прийнято Американською асоціацією психіатрів (APA) і широко застосовується серед психотерапевтів і травматерапевтів [20].

Зазначимо, що останнім часом у спеціалізованій науковій літературі мала місце екстенсивна дискусія щодо діагностичних відмінностей між наслідками тортур та іншими формами екстремальних психотравм. Деякі дослідники робили спробу виокремити «синдром тортур» [4; 6; 7; 8]. Проте, впорядкувати різні симптоми у змістовний та ефективний кластер, а також надати докази каузальних зв'язків між тортурами та їхніми наслідками виявилось досить проблематичним. Через ці перешкоди виокремлення специфічної категорії для постраждалих від тортур не відбулось і досі. Більше того, з'являються дослідження, які в цілому заперечують можливість такого виокремлення. Так, наприклад, М. Basoglu довів у своєму дослідженні, що немає наукового підтвердження виокремлення іншого діагнозу, відмінного від діагнозу ПТСР [7]. Інші дослідники підкреслюють, що хоча є певна кількість спільних симптомів між ПТСР і психічними наслідками тортур, суттєвою відмінністю залишається дуже релевантний феномен зміненої ідентичності особистості, який описано вище [43; 44]. Згідно з Ф. Е. Somnier та ін. найбільш поширеними психологічними симптомами серед тих, хто зазнав тортур, є розлади сну (часто в парі з жахіттями), афективна симптоматика (хронічна

тривога, депресія), когнітивне погіршення/ослаблення (амнезія, порушення уваги) та зміни ідентичності [44].

На думку L. Hárđi, A. Kroo, важливим слабким місцем діагностичної категорії ПТСР є те, що вона не бере до уваги політичний та історичний контексти, які є дуже вагомими, коли йдеться про тортури та інші форми нелюдського знущання [20]. S. Turner та C. Gorst-Unsworth стверджують, що з часів фройдівської концепції воєнних неврозів численні психоаналітики визнали, що особливості преморбиду особистості та вразливість її Его становлять лише частину багатofакторної каузальної моделі посттравматичних реакцій. Науковці підкреслюють, що політичне значення також відіграє важливу роль як у межах аналізу, так само й у теорії, і в терапевтичній практиці, оскільки тортури, як уже описано вище, слугують різним функціям [47].

На основі описаних наслідків, стає зрозумілим, що функціонування тих, хто пережив тортури, є пошкодженим на багатьох різних рівнях, що, у свою чергу, слід враховувати у процесі психотерапевтичної допомоги та реабілітації. Так, наприклад, спеціалісти датського реабілітаційного центру RCT виокремлюють п'ять рівнів пошкоджень: соматичний, психологічний, соціальний, легальний та духовний [49]. Y. Danieli зосереджується на тому, як перетворення на жертву руйнує безперервність комплексної системи ідентичності, на яку може бути здійснений вплив на різних рівнях (біологічному, інтрапсихічному, інтерперсональному, соціокультурному), залежно від стратегій виживання, глибини втрат та вторинного (опосередкованого) травмування [14].

Деякі центри лікують травмоване населення своєї країни; іншим центрам (або країнам) кидає виклик вирішення мультикультурних проблем — спільнота пацієнтів-біженців або тих, хто шукає притулку. L. Hárđi, A. Kroo зазначають, що травма вимушеного переселення, так само як і пережиті тортури, означає, що відбулося фундаментальне пошкодження психологічної структури людини. Ця втрата об'єкта і травма, завдана тортурами, є багаторівневими труднощами, що обернені обличчям і до клієнтів, і до лікарів [20]. S. Akhtar описує, яким складним є зміна ідентичності внаслідок імміграції. Автор, іммігрант і психоаналітик-практик, надає особливого значення труднощам психологічного прогресу (розвитку нової та гібридної ідентичності), якщо міграція була

вимушеною, якщо повернення або відвідування батьківщини є проблематичним, і якщо нове приймаюче оточення демонструє вороже ставлення щодо мігранта. Він говорить, що основні інтрапсихічні конфлікти імміграції полягають у розщепленні між суб'єктом (батьківщиною) та об'єктом (новою країною). Вирішення цього конфлікту є ключем до психічного переродження [5].

Інший підхід до цієї первинної втрати об'єкту можна знайти в описі значення дому та ідентичності у R. K. Papadopoulos. Відповідно до американського професора-психоаналітика фундаментальне відчуття дому і приналежності до чогось є частиною центрального «субстрату ідентичності», який переважно є непомітним, проте забезпечує нам істотно важливе відчуття гуманності та передбачуваності. Тим не менше, коли субстрат є зруйнованим, що має місце серед біженців, тоді з'являється глибока розгубленість у парі з відчуттям нереальності та «непоясненої прірви». Більше того, біженці, що зазнали катувань, втрачають не лише своє відчуття приналежності до дому, народу і культури, але й, певною мірою, також власні тіла [35]. R. K. Papadopoulos називає цей стан зниклої «ностальгічною дезорієнтацією», яка є не свідомою втратою, але швидше станом «екзистенційної тривоги». Таке потрясіння може призвести до різних видів реакцій (наприклад, паніки, депресії, апатії, параної, розщеплення тощо) і з ним треба мати справу під час терапії, маючи на увазі контекст, який нагадує екзистенційну прірву більше, ніж патологічний стан [35].

Завдяки цим прикладам та описам ми можемо зрозуміти значущість травм, з якими стикаються ті постраждалі, що зазнали тортур. В той же час важливо пам'ятати, що історія розвитку людства демонструє приклади величезного потенціалу людської природи до виживання, незважаючи на несприятливі умови. Це особливо важливо визнати для тих, хто зазнав і пережив торттури, ганьбу гуманності і цивілізаційних цінностей [20].

Продовжимо наш огляд розглядом наступного важливого питання — проблеми психотерапевтичної допомоги постраждалим від тортур.

Дослідження ефективності психотерапевтичних методів надання допомоги постраждалим від тортур. На початку цього розділу зазначимо, що основні дослідження з проблеми психотерапії та реабілітації постраждалих внаслідок тортур публікуються на

сторінках журналу Torture Journal. За допомогою огляду, який підготував головний редактор цього наукового журналу, професор Pau Perez-Sales [38], розглянемо наступні важливі для цієї теми питання: аналіз та порівняння сучасних досліджень щодо ефективності методів та напрямів психотерапії для постраждалих від тортур, загальні дієві фактори психотерапії, психотерапія постраждалих від тортур як частина мультимодальної інтервенції.

Європейська асоціація психотерапевтів (ЄАП) ухвалила широкий перелік різних напрямків (модальностей) у психотерапії. В окремих країнах, де психотерапія визнається як окремий вид діяльності, зазвичай прийнято лише декілька «основних» напрямів (модальностей): психоаналітична / психодинамічна психотерапія; поведінкова психотерапія; системна сімейна психотерапія; гуманістична психотерапія та інтегративна психотерапія. На основі цих моделей фахівці створюють свої психотерапевтичні моделі з метою операціоналізації та технологізації процесів надання психотерапевтичної допомоги [3]. На основі ґрунтовних наукових досліджень і підтверджень ефективності цих моделей створюються протоколи лікування або психотерапевтичної допомоги різним категоріям постраждалих.

Варто зазначити, що докази більшої ефективності однієї моделі психотерапевтичного втручання порівняно з іншою зазвичай не переконливі. Численні результати досліджень, зроблених на основі різних моделей і технік, показують результати з низькими (середніми) значеннями і не мають чітких висновків та подальших рекомендацій [38]. Прикладом цього можуть бути опубліковані в першому випуску журналу Torture Journal у 2016 два якісних дослідження психотерапевтичних моделей для постраждалих від тортур, які показали не просто різні, а й навіть протилежні результати та подальші рекомендації [36; 52].

У першому дослідженні, яке базується на кохрейнівському метааналізі ⁴ (Cochrane meta-analysis), N. Patel, A. Williams та B. Kellezi [36] дійшли висновку, що не існує вагомих доказів для

⁴ Метааналіз (англ. *meta-analysis*) — поняття наукової методології, науковий метод узагальнення (інтеграції) кількісних результатів однорідних досліджень, проведених у різний час різними авторами однієї й тієї самої медичної/фармакологічної технології з метою одержання сумарних статистичних показників цих досліджень (напр., показників ефективності та/або безпеки лікувальних процедур).

підтримання одного психотерапевтичного підходу на противагу іншим при реабілітації жертв тортур. Зокрема, вони критично оцінюють ентузіазм науковців і практиків щодо методів когнітивно-поведінкової психотерапії (КБТ) та методів з використанням експозиційних технік, і зокрема наративно-експозиційної психотерапії (NET). Щодо цього виду терапії, яка є прикладом згаданих методів, на їхню думку, “є більший запал, ніж реальні докази при застосуванні суворих критеріїв та обсягу вибірки, статистичної значимості та ретельно проаналізованих даних” [36, с.13]. У другому дослідженні, зробленому W. Weiss, A. Ugeto та ін. і базованому на систематичних дослідженнях з менш жорсткими критеріями, отримано протилежні висновки. Автори зазначають, що при розгляді всіх розладів (за DSM V), пов’язаних із травмуванням, єдине лікування, що наразі можна вважати «доказовим», є психотерапія за допомогою різних форм травма-орієнтованих, когнітивно-поведінкових методів (наприклад, NET) та використання їхніх різних технік у поєднанні з сучасною теорією. До своїх рекомендацій автори включили метод КБТ як такий, що “ефективно працює з симптомами ПТСР, депресії, тривоги” [52, с.38].

Аналізуючи описані протилежні результати поданих досліджень, Pau Perez-Sales звертається до з’ясування недоліків експериментальних вибірок та метааналізу. На основі наведених досліджень показано, наскільки легко зробити основні помилки в метааналізі, і що результати таких метааналізів можуть, як і в будь-якому іншому виді дослідження, тлумачитися по-різному. Pau Perez-Sales пропонує назвати таку суперечність даних «парадоксом метааналізу» [37; 38].

В кінці 1990-х і на початку цього століття дослідження в психотерапії почали імітувати фармакологічні дослідження і претендували на те, що зможуть вирішити дилему еквівалентності результатів серед різних психотерапевтичних традицій шляхом порівняння результатів за допомогою рандомізованих контрольованих досліджень (РКД)⁵. Як зазначає Pau Perez-Sales,

⁵ Рандомізоване контрольоване дослідження (РКД, *randomized control trial, RCT*) — тип наукового (часто медичного) експерименту, при якому його учасники випадковим чином діляться на групи, в одній з яких проводиться досліджуване втручання, а в іншій (контрольній) застосовуються стандартні методики або плацебо.

ідея цих досліджень полягала у віднайденні ефективної моделі психотерапії для кожної з п'ятисот дисфункцій за класифікатором DSM-V, подібно тому, як, наприклад, амоксицилін використовується як доказове лікування для пневмонії [38]. Незважаючи на надійність процедури РКД, ці дослідження не враховували об'єктивні дані самої психофармакології: не існує спеціального препарату психіатричного спектру для будь-якого розладу [45; 22]. Так, наприклад, антидепресанти мають терапевтичний вплив на такі захворювання, як депресія, соціальна фобія, панічні атаки, деякі психотичні симптоми та обсесивно-компульсивні розлади. Чергові дослідження у фармакологічній галузі показують, що не існує жодного уніфікованого лікування для певного розладу DSM-V (такого як ПТСР) на противагу тому, що намагається продемонструвати фармацевтична промисловість [22; 38; 45].

Імітуючи фармакологічні дослідження у галузі психотерапії або психологічного консультування за допомогою застосування суворих статистичних процедур, як зауважує Pau Perez-Sales, дослідники не враховують важливих фактів: (а) що ПТСР існує як «хвороба» (наприклад, пневмонія), тоді як психіатричні класифікації та визначення «розладів» різко змінюються кожні десять років або близько того; (б) що не всі пацієнти, позначені в дослідженні як такі, що мають певну «хворобу» (такі як ПТСР), подібні одне до одного; (в) що всі терапевти, які застосовують протокол лікування, роблять це не однаково, незалежно від їхніх особистісних характеристик; (г) що взаємодія між кожним унікальним пацієнтом і конкретним психотерапевтом відбувається еквівалентно [30; 38].

Позиція сучасних науковців полягає в тому, що дослідженнями в галузі психотерапії давно встановлено: немає інтервенцій, які є загальнодоступними для кожної проблеми з переліку DSM. Проте існують можливі втручання щоразу, коли психотерапевт стикається з певною реальною проблемою в певному контексті в рамках терапевтичного діалогу. Замість того, щоб наголосити на ефективності певного протоколу, альтернативним варіантом є вивчення умов та процесів, які роблять певну терапевтичну взаємодію успішною. Вибраний психотерапевтичний підхід чи методика, звичайно, є релевантною, але її внесок є

незначним порівняно з контекстом психотерапії та її *загальними дієвими факторами* [30; 38].

Психотерапія як символічна процедура зцілення: загальний підхід до дієвих факторів. Протягом останніх тридцяти років постійно проводяться дослідження ефективності психотерапії, її різних підходів і технік. Результати цих досліджень достовірно можуть свідчити тільки про те, що психотерапія є ефективною (в деяких дослідженнях вона показує більшу міру ефективності та стійкості ремісії симптомів, ніж фармакотерапія), а також, як визначили В. Wampold [51] та М. Lambert [24], усі види психотерапії в довгостроковій перспективі дають однакові результати. Кожне подальше дослідження з порівняння ефективності психотерапевтичного втручання підтверджує цей висновок [37; 38].

Отже, з огляду на «парадокси метааналізу», на неможливість створення абсолютно рівноцінних умов, вибірок та методів для валідного експерименту в психотерапії та визначення ефективності певного її методу, сучасні науковці пропонують змістити фокус уваги і досліджень у площину визначення *загальних дієвих факторів психотерапії* та розглядати її в межах «символічної процедури зцілення», враховуючи особливості кожного окремого клієнта/пацієнта [32; 33; 38; 18].

Варто також зазначити, що наразі серед провідних світових науковців і шкіл спостерігається тенденція спрямовування досліджень у галузі психотерапії від вивчення її методів і технік до вивчення формування інтеграційних, еклектичних або загальних для будь-якої психотерапії факторів і моделей [2; 18].

Багато досліджень, проведених із дотриманням чіткої процедури, ясно показують, що двоє досвідчених психотерапевтів з протилежних теоретичних підходів, після багаторічного досвіду роботи з пацієнтами застосовують практично схожі інтервенції. І, навпаки, це відрізняється від того, що молодші терапевти того самого теоретичного підходу роблять, коли починають свою практику [25]. Також, тут варто навести дані S. Rosezweig, який ще 1936 року говорив, що той психотерапевт може бути успішним і ефективним, незалежно від напрямку психотерапії, який сам є ефективною особистістю, який неухильно дотримується в своїй практиці опанованої системи концепцій, який має можливість адаптуватися до проблем свого пацієнта [41].

Міркуючи над символічним змістом процедури психотерапії, Pau Perez-Sales звертається до робіт J. Frank, який сформулював у своїй книжці «Переконання і зцілення» ідеї, що кореняться в понятті *символічної терапії* Леві-Строса. Ідеться про те, що західний навчений психотерапевт і традиційний цілитель з не західної традиції в основному однакові [17]. Єдина різниця між ними — це вид символізму, який вони використовують у процесі зцілення. Згодом J. Frank розвинув ці ідеї в послідовних виданнях своєї відомої книжки в теорію про *загальні фактори* [17]. На думку J. Frank, процес психологічного зцілення потребує урахування наступних факторів: (1) запиту, очікування допомоги та очікування покращення; (2) довірчих терапевтичних стосунків; (3) обґрунтованої, концептуальної схеми, яка є зрозумілою для пацієнта, пояснює його симптоми і призначає певний ритуал або процедуру їх подолання; (4) активну участь як пацієнта, так і терапевта в проведенні цього ритуалу або процедури [17].

Іншими словами, психотерапія полягає у створенні міфу, який пояснює проблему (міфами, наприклад, можуть бути нарцисизм, низька самооцінка, травматичні спогади, «зле око», депресія або ПТСР (як пояснювальні моделі, з якими слід вести переговори в рамках терапевтичного контракту)) та здійсненні певної процедури (або психотерапевтичного обряду) структурованим способом, що в кінцевому підсумку призведе до виконання очікуваної допомоги, доступу до нового досвіду та знань, дозволить пацієнтові спробувати різні варіанти та рішення, щоб опрацювати раніше узгоджений міф. Когнітивно-поведінковий психотерапевт, психоаналітик і терапевт EMDR є так званими місцевими західними цілителями, які використовують різні міфи, щоб досягти подібних ефективних результатів [38].

Звернемось до проблеми визначення транстеоретичних загальних факторів. У 1990 році в огляді APA (American Psychotherapeutic Association) щодо ефективних методів психотерапії було виявлено 89 транстеоретичних *загальних факторів*, 35 з яких було остаточно відібрано та розподілено на п'ять галузей дослідження: *характеристики пацієнтів, якості психотерапевта, процеси змін, структура лікування та терапевтичні стосунки* [19; 24].

Один з основних авторів цього дослідження, М. J. Lambert, на основі аналізу серії експериментальних досліджень з ефективності психотерапії, з'ясував, що покращення у пацієнта відбувається внаслідок наступних факторів: 40% — внаслідок екстратерапевтичних факторів (життя змінюється поза терапевтичним простором), 30% стосується клімату взаємодії терапевта і пацієнта, що залежить від загальних факторів, 15% — внаслідок очікування позитивних результатів (як терапевта, так і особливо пацієнта), а головне, лише останні 15% стосуються конкретної психотерапевтичної методики [24].

Дослідження, завершені у 2014 році, запропонували певний порядок важливості *загальних дієвих факторів* психотерапії [19]. Незважаючи на те, що дебати щодо цього переліку, а також щодо відносної важливості кожного з факторів досі тривають, з них виокремлено ті, які найбільше сприяли успіху в психотерапії: консенсус / співпраця; емпатія; міцний терапевтичний альянс; позитивні очікування; конгруентність / щирість; особистість терапевта [26]. В той же час у літературі існує багато інших визначених факторів [напр., 2].

Водночас залишається важливе питання створення протоколів лікування, яке б орієнтувалося на специфіку розладів, а також на соціокультурну специфіку клієнтів/пацієнтів.

Як зазначає Pau Perez-Sales, у випадку, якщо певна терапевтична техніка чи психотехнологія (наприклад, NET або EMDR) довела свою успішність порівняно з іншою (наприклад, через її низький ефект впродовж трьох місяців, а не через шість-дванадцять місяців, як з NET або EMDR), то висновок полягає не в тому, що NET чи EMDR кращі, ніж інші техніки, як єдиний підхід, заснований на доказах, а в тому, що саме ці психотехнології були ефективними для деяких пацієнтів, і не були ефективними для інших, а й, можливо, для решти вони були руйнівними або ятрогенними. Уніфікована процедура (one-size-fits-all), яка відповідає всім вимогам, не може працювати навіть у випадку найкращого лікування. Саме *загальні фактори*, на думку Pau Perez-Sales є набагато актуальнішими за специфіку методу, особливо, коли існує близько 200 моделей психотерапії, визнаних Американською психотерапевтичною асоціацією (APA) [19; 38].

Науковець зауважує, що на противагу тому, щоб зосереджувати увагу на певних наративних техніках, які наразі є найбільш доказовими, перспектива вивчення *загальних факторів* може бути спрямована зовсім на інше. L. Beutler та ін. визначають таку лінію міркування та дослідження як процес системного підбору лікування та призначення психотерапії. Цей підхід призводить до того, що терапевт разом з пацієнтом визначають проблему, створюючи культурні та контекстуально чутливі, змістовні пояснення та віднаходять, як спільно працювати над проблемою за допомогою процесу, побудованого на довірливих стосунках [9].

На думку Pau Perez-Sales, протоколи, в першу чергу, є лише джерелом спільного обговорення фахівців. Вони можуть бути корисними як міфи, а також можуть бути частиною проблеми, коли на них не критично спираються [38, с.10]. Добре відомий приклад цього твердження — це те, що сталося з процедурою Критичного Дебрифінгу Інциденту Стресу (Critical Incident Stress Debriefing (CISD)), запропонованого в якості операціоналізованої процедури J. Mitchell у 1986 році [29; 12]. Різні дослідження, зроблені на основі кохрейнівського метааналізу, показали небезпеку, до чого можуть призводити техніки цієї процедури. Вони доводять, що в цілому CISD не має суттєвого статистичного ефекту, цю психотехнологію не слід застосовувати після травмування [47], і це згодом стало офіційною рекомендацією ВООЗ [27]. Сьогодні ми знаємо, що існують деякі умови та контексти, які можуть принести користь від одноразових, короткотривалих травмафокусованих інтервенцій. Водночас пропозиція прийняти CISD як універсальну, єдину для всіх технологію виявилась етично неприйнятним рішенням [27; 38].

Психотерапія як частина мультимодальних інтервенцій (концепція Pau Perez-Sales). Ця концепція позиціонує психотерапію травми як частину більш широкої картини, беручи до уваги інші важливі фактори: претравматичні фактори (тобто досвід дитячої прив'язаності), фактори, пов'язані з травмою (тип, тривалість, контекст і сенс тортурів), та посттравматичні фактори (тобто вороже або дискримінаційне навколишнє середовище та травматичний досвід у країні, яка приймає) [38]. Існують нові змішані моделі, такі як «підхід до лікування на основі загальних елементів» (СЕТА), розроблений для спектру тривожних розладів і розладів настрою. Незважаючи на те, що це операціоналізована

травмафокусна заснована на доказах модель, вона передбачає можливості для гнучкості та адаптації, тим самим даючи змогу проводити лікування без класифікації розладів та включаючи інші процедури для пацієнтів з коморбідністю [30]. Нещодавно були проведені дослідження на основі моделі СЕТА у постраждалих від травм та катувань у двох невеликих рандомізованих вибірках. Одне дослідження проводилося у південній частині Іраку, а інше — на межі Таїланду і Бірми. Ці дослідження показали перспективні результати та ефективність моделі. Отримані в дослідженні дані не призвели до формулювання соціокультурної специфіки, заснованої на етноконцепції захворювань і їх терапії, але вони підкреслюють можливості культурної адаптації цієї моделі при застосуванні в інших культурах. Наприклад, 100% пацієнтів в обох вибірках зазнали імагінативного впливу. Культурна адаптація стосується того, як матеріал був представлений консультантами, а не самим методом (технікою) [30; 38].

Відомі моделі фактично не враховують те, що у більшості літератури називається *загальними факторами психотерапії* (наприклад, створення сенсу, емпатійні зв'язки, психотерапевтичний альянс), але враховують *загальні методи психотерапії* (експозиція, релаксація тощо) [40], які можуть вводити фахівця в оману [38]. Ідея, що стоїть за ними (розробка інтервенцій для різних профілів постраждалих та індивідуалізація лікування), методологія розвитку (наявність різних блоків, які можуть бути змінені в своєму порядку та за своїм змістом) і процедури впровадження (рандомізовані дослідження у країнах з низьким і середнім рівнем доходу) демонструють принципово новий та революційний шлях [38]. В даному контексті все-таки важливо підкреслити думку R. J. Dereubeis та ін. [15] стосовно відповіді на важливе питання «Чи варто досліджувати виключно КБТ, включати його до навчальних, тренінгових програм та пропонувати пацієнтам із проблемами психічного здоров'я після травмування?». Науковці відповідають однозначним «ні». «Єдине, про що ми наразі знаємо, — це те, що КБТ та інші специфічні для лікування психічних розладів методи можуть бути кращими за інші методи лікування завдяки їхній здатності пом'якшувати «специфічні» симптоми, такі як соціальна тривога, тики або панічні атаки » [15, с. 34].

Екзистенційні елементи, не зафіксовані клінічним діагнозом, також повинні бути частиною процесу реабілітації. Модель адаптації та розвитку після переслідування та травмування (ADAPT) містить п'ять основних адаптивних систем, поділених на основні базові потреби людини: «безпека та захист», «зв'язки та прив'язаність», «справедливість», «ідентичність» та «екзистенціальний сенс». Практична реалізація цієї моделі є найкращим доступним прикладом, на думку Pau Perez-Sales, наскільки влучно можна інтегрувати екзистенційні елементи до психотерапевтичної моделі [42; 38].

Інтеграція базових досліджень у психотерапію постраждалих від тортур. Як було зазначено на початку даної статті, тортури призводять до особливих проблем і викликів особистості. Для розробки мультимодальних і гнучких психотерапевтичних моделей, зазначає Pau Perez-Sales [38], необхідним є накопичення і врахування нейробіологічних знань щодо наслідків тортур [напр., 10; 34], розуміння етіопатогенічних моделей ураження після тортур (тобто, як тортури впливають на різні підсистеми людського мозку) [напр., 16]. Це допоможе вийти за рамки моделей, створених на загальній основі щодо ПТСР, до більш конкретних процедур, які передбачають, наприклад, самоусвідомлення таких емоцій, як сором чи провина, що допомагають визначати прогноз. «Хоча експозиція може бути корисною для деяких пацієнтів (навіть, можливо, для більшості пацієнтів в середньому), дозвольте нам, наприклад, визнати, що постраждалий із сильною інтернаціоналізаційною психологічною структурою може виграти від підтримуючої терапії та традиційного лікування більше, ніж від грубої експозиції», — вважає Pau Perez-Sales [38, с.10].

На думку багатьох сучасних науковців, для інтеграції в психотерапевтичні дослідження постраждалих із наслідками катувань підходу з урахуванням *загальних факторів* психотерапії, важливо визначити критерії ефекту (результату) та терапевтичних умов, а не тільки шукати універсальні методи психотерапії. Окрім питання про ефективність певних методів (технік), перед науковцями також постають і інші важливі питання: який у пацієнта профіль і за яких умов пацієнти отримують користь від повторного переживання досвіду тортур? Як має формулюватися наратив цієї

розповіді, щоб бути терапевтичним? За яких умов ця розповідь (нарратив) може мати несприятливі або навіть ятрогенні ефекти? Розв'язання цих завдань допоможе просуванню до «індивідуалізованої» психотерапії на основі ефективних психотерапевтичних моделей. В даному контексті Pau Perez-Sales говорить про те, що всі дослідження є потенційно важливими, проте ефективність роботи полягає не лише в тому, на яку велику кількість вибірки науковці націлені у своїх дослідженнях, а й у тому, чи дійсно вони/ми здатні допомогти [38].

Pau Perez-Sales зазначає, що для просування в цьому напрямку науковцям потрібно вийти за рамки основних клінічних досліджень, які базуються на загальних клінічних процедурах анкетування. Опитування зазвичай проводять до і після змішаної неструктурованої психотерапії, що складається з загальних часто застосованих методик [38]. Такі дослідження можливі лише завдяки ресурсам великих дослідницьких центрів і їхні висновки показують лише те, що втручання було частково ефективним. Хоча такий вид досліджень безперечно необхідний, ретельно розроблені напівнатуралістичні дослідження, проведені на місцях, в невеликих реабілітаційних центрах, також можуть мати результативні висновки. Наприклад, профілювання того, що саме ефективно працює для тих, хто перебуває в певних терапевтичних умовах. Якісні натуралістичні та інформаційно-тематичні дослідження можуть бути використані для формулювання гіпотези щодо специфічних інтеракцій при взаємодії психотерапевта з постраждалими, *враховуючи проблему / психотерапевта / техніку / контекст*. Це супроводжується необхідністю розробки показників рівня резильєнтності і одужання для тих місцевостей, де впроваджуються ці процедури, які виходять за рамки клінічних заходів і спрямовані на категорію пацієнтів, постраждалих унаслідок соціальних і політичних руйнацій певної місцевості [38].

Підсумовуючи цей розділ, Pau Perez-Sales робить наступні висновки (*наводимо найсуттєвіші з них*): (1) Будь-який центр реабілітації постраждалих внаслідок тортур у будь-якій частині світу навіть при обмежених ресурсах може здійснювати якісні дослідження з психотерапії; (2) Існує довга традиція експериментальних досліджень *загальних факторів* у психотерапії, яку ще не було інтегровано в дослідження найефективніших

моделей і технологій для осіб, постраждалих від тортур. Сучасні дослідження в галузі психотерапії перейшли від фокусу інтересу до психотерапії, що базується на доказах (Evidence Supported Treatments (EST)) і здійснюється на основі рандомізованих контрольованих досліджень, до фокусу емпірично підтримуючих стосунків (Empirically Supported Relationships (ESR)), що здійснюються на основі натуралістичних або напівнатуралістичних досліджень щодо реальних інтервенцій у взаємостосунках. Обидва фокуси мають бути поєднані. (3.) Немає підстав вважати, що лише методики КБТ слід досліджувати та викладати в навчальних програмах, так само, як пропонувати їх особам з проблемами психічного здоров'я. Було доведено лише, що процедури КБТ здатні пом'якшувати «специфічні» симптоми. (4.) Існує потреба в переході від уніфікованих психотерапевтичних процедур, призначених для всіх, до програм індивідуальної адаптації, які б враховували індивідуальні потреби та особливості. Це також уявляється можливим навіть для найменших центрів з дуже обмеженими ресурсами та узгоджується з добре сформованим принципом «Не нашкодити» [38].

Огляд сучасних перспектив дослідження ефективних моделей психотерапії та психологічної реабілітації постраждалих внаслідок пережитих тортур продовжимо матеріалами в безпосередньо прикладному аспекті таких досліджень.

Психотерапевтичні моделі роботи з постраждалими внаслідок тортур. Одну з найвідоміших психолого-реабілітаційних моделей для постраждалих розробив Центр жертв тортур. Цим Центром було розроблено протокол для групового консультування осіб, які зазнали катувань [46, с. 75-76]. Автори цього протоколу прийняли інтегративну модель, яка поєднує ідеї та техніки з когнітивно-поведінкової теорії, наративно-експозиційної терапії, соматичної психології, інтерперсональної терапії, неврології, підходи, створені на теорії резильєнтності та власному досвіді Центру [46, с. 1-2]. Визнаючи протокол дієвим інструментом для роботи з постраждалими, науковці водночас виносять для осмислення низку важливих моментів, які з'ясувалися під час його розповсюдження і застосування іншими центрами: (1) Чому цей протокол є успішним в одній країні та зазнав труднощів в іншій? (2) Чому він працює у географічному та політичному контексті, а не в

тому самому місці через два роки? (3) Чому процедури з протоколу підходять для деяких пацієнтів, а для інших ні? (4) Чому ці протоколи ефективно використовуються певною групою терапевтів, а іншою групою — без ефекту? Адже цей протокол — це психотерапевтична мультимодальна група «міфів» для тестування (як по частинах, так і в цілому), а також початок обов'язкового та необхідного дослідження процесу гнучкого втручання, пристосованого до кожної окремо взятої взаємодії проблеми-пацієнта-терапевта в певному контексті [27].

Реабілітаційна модель фонду «Корделія» [20]. Робочі методи фонду «Корделія» суттєво і на різних рівнях відрізняються від терапевтичних моделей та технік клінічної практики, що застосовуються в амбулаторних центрах або звичайних закладах охорони здоров'я. Хоча терапевтичну роботу угорських колег складно моделювати через низку особливих локальних і культурних проблем, вони досягли успіху у створенні теоретичної основи для власного еклектичного терапевтичного підходу. Цю модель було представлено на Всесвітньому Конгресі з прикладної психології під час симпозіуму з травми (European Congress of Psychology (EFPI), Амстердам, 13-14 липня 2017 року), надруковано в журналі *Torture Journal*. Цією моделлю керуються також фахівці, які працюють із біженцями з Сирії, які ще й зазнали тортур, з Сербії, Хорватії тощо. Подаємо переклад цієї моделі більш розгорнуто.

В Угорщині є дві головних моделі піклування про тих, хто зазнав тортур, розроблені лікарями та психологами фонду «Корделія»: модель «Залишайся» і модель «Іди».

Модель «Іди» є більш ранньою з цих двох і була запроваджена мобільною командою фонду «Корделія». Психіатри, психологи, соціальні консультанти та перекладачі відвідували три притулки для біженців і проводили терапію в кімнатах клієнтів. За цією моделлю клієнт запрошує лікаря/психотерапевта на свою житлову площу і поводить як господар, а не як гість (саме в другій ролі біженців сприймають інші і вони самі себе). Це дає клієнту відчуття влади і контролю і допомагає побудувати довіру в особливій формі; символізує перший крок, першу ланку, перше безпечне місце у новій країні. Безпека, яку зумовлює така атмосфера, є особливо важливою у випадках, коли пацієнт страждає від екстремальної тривоги або є надзвичайно недовірливим щодо

всіх можливостей допомоги притулку (наприклад, соціальний або медичний підрозділи). Модель «Іди» також виявилась дуже ефективною та успішною в лікуванні сімей, оскільки всі члени родини були присутні, навіть наймолодші або ті, хто чинив найбільший опір. Ситуація і її значення надалі можуть використовуватись як терапевтичний матеріал під час інтерпретації вимушеної зміни місця проживання та звернення до втрачених об'єктів.

Важливою особливістю цієї моделі є також те, що куди б не направляли далі біженців, вони зберігають постійний зв'язок зі своїми терапевтами, а терапевти виконують функцію «перехідного об'єкту». Такий підхід, відповідно до теорії Д. Боулбі та угорського психоаналітика Імре Германа, демонструє, що прив'язаність до об'єкту є базовою потребою, особливо для тих, хто втратив родичів, коханих та дім, втратив себе після тортур. Другою обов'язковою умовою для терапевтів Фонду є обов'язкове проходження власної психотерапії в психодинамічному ключі. Це надзвичайно необхідно в щоденній практиці — бути здатним поважати терапевтичні кордони і водночас бути досить гнучким та толерантним, коли це необхідно.

Згідно з протоколом усі фахівці працюють з перекладачами задля гарантії, що всі клієнти мають можливість висловити свої найглибші почуття та думки рідною мовою. Перекладачі так само проходять спеціалізовану підготовку на тренінгах, після яких приєднуються до мобільної команди Фонду і беруть участь в ролі спостерігачів, поруч з перекладачами, які мають більший досвід. Перекладачів ніколи не вибирають з колишніх пацієнтів, навіть якщо вони одужують від ПТСР. Проте, вони часто походять із тієї ж країни та/або культури, що й клієнти, що часто дає змогу поглибити терапевтичне розуміння, оскільки перекладачі також виконують роль культурних посередників. Завдяки комплексній підготовці перекладачі готові до ситуацій перенесення та контрперенесення, і часто є рушійною силою, а також джерелом надії для клієнтів. Перекладачі так само беруть участь у регулярних супервізійних зустрічах всього персоналу, яка запобігає опосередкованій травматизації, що особливо небезпечна в ситуаціях перенесення/контрперенесення, а також є базовим профілактичним інструментом для запобігання вигорання фахівців.

Пацієнтів направляють на психотерапію медичні, соціальні працівники або інші біженці. Головний критерій відбору в групи — це те, чи є ця людина жертвою тортур або страждає від психологічних наслідків інших серйозних травм.

Контакт з потенційними пацієнтами/клієнтами будується на основі загальних принципів: знайомство; прояснення цілей і можливостей психотерапевтичної роботи; при необхідності – сесії психоосвіти з метою досягнення максимальної прозорості, розуміння та згоди. Психотерапевти намагаються описати реалістичну картину того, що можуть очікувати пацієнти від терапії, у чому полягає їхня роль, і ясно прояснюють свої професійні кордони. Це створює базу для егалітарних стосунків та запобігає непорозумінню та розчаруванню. Часто проводяться вступні неформальні зустрічі з гомогенною групою потенційних клієнтів/пацієнтів, щоб встановити перший контакт.

Модель «Залишайся» сформувалась в результаті організаційних та індивідуальних змін. За цією моделлю постраждалі біженці відвідують психотерапевтів у відділенні Фонду, планують час зустрічі для терапії, і/або користуються загальною кімнатою, коли чекають своєї черги. Ця нова модель також має терапевтичні особливості, оскільки дає пацієнтам відчуття незалежності та повноважень. У випадках з сильними проявами ПТСР у клієнтів терапевти продовжують дотримуватися моделі «Іди». Часто після зменшення симптомів вони починають відвідувати своїх терапевтів у відділенні Фонду. Ця модель застосовує мультидисциплінарний підхід і є восьми тижневою інтенсивною терапевтичною програмою, яка проводиться три дні на тиждень двома психіатрами, трьома психологами, одним «невербальним» терапевтом, одним соціальним консультантом і двома перекладачами. Є дві гомогенні групи клієнтів (наприклад, чоловіки з Афганістану і жінки з Сомалі), які беруть участь в індивідуальній, груповій, невербальній та арт-терапії, а також культурно-орієнтаційних воркшопах.

Мета такої реабілітаційної програми — запропонувати психологічну підтримку в процесі реінтеграції. Проте, це завдання містить нові випробовування, труднощі та розчарування, що можуть відкрити старі рани, поглибити симптоми стресу і призвести до ретравматизації. Процес роботи з травмою є постійною

безперервною процедурою на кожній фазі зцілення. Завдяки комплексному підходу програми клієнти можуть відкрити і розвинути свої ресурси, які допомагають подолати труднощі, підвищити свою самооцінку, знайти нову місію та шлях у житті, полегшити свої старі рани. Це дає їм можливість міцно влаштуватися поза притулком і визначити своє місце в новій домівці. Терапевтичні дії моделюють кінцеву фазу їх перебування у притулку для біженців.

Терапевтичні методи. Модель, яку пропонують фахівці Фонду, передбачає індивідуальну, сімейну та групову терапію з вербальними або/та невербальними елементами.

1) **Індивідуальний вербальний метод** — це коротка терапія (від восьми до десяти сесій), зосереджена на травмі, спричиненій тортурами, вимушеним переселенням, горем, особистими втратами. Вона має на меті полегшити посттравматичні симптоми, досягнути усвідомлення та знову віднайти довіру. Тим не менше, залежно від випадку терапія може бути тривалішою (від 15 до 20 сесій). Така терапія також слугує розвитку копінг-стратегій подолання труднощів і відкриття внутрішніх ресурсів, які є життєво необхідними для майбутнього життя біженців, які опинились у країні, кардинально відмінній від країни, з якої вони походять.

2) **Сімейна психотерапія** з тими, хто зазнав тортур. Таке лікування розвинулось як спонтанна терапевтична ініціатива, оскільки члени родини були присутні з пацієнтом на першій або перших сесіях. Під час сесій сімейної терапії важливо, з одного боку, працювати з індивідуальною травмою того, хто зазнав тортур, і, з іншого боку, з травматизацією членів родини, які є опосередкованими жертвами (свідки травматичної події) або опосередковано травмовані жертви (травмованими тими, хто зазнав тортур).

Нагадаємо, тортури фрагментують Его того, хто їх пережив, і сім'я також стає дезорганізованою через травму. Сюрреалістичний світ кімнати тортур часто підсвідомо реконструюється в хаотичних людських стосунках родини через механізми манії, повторення або ідентифікації з агресором. Голова родини, що зазнав тортур, згвалтована мати, дитина, що пережила насильство, реорганізують стосунки традиційної родини у патологічні. Захисні механізми з'являються на родинному рівні наче приховані

колабораціоністи, пригнічуючи або замовчуючи травму. Тортури можуть також переживатись як еквівалент кастрації для голови сім'ї, примушуючи дружину перейняти керівну позицію в родині. Тим не менше, чоловік може патологічно наполягати на захисті своєї позиції усіма можливими способами і не зважаючи на обставини. Це може зашкодити дітям, призводячи до серйозної дезорієнтації. Нові ролі в родині зазвичай не сприймаються спільнотою і це ще більше поглиблює дезорієнтацію дитини. Наведемо приклад роботи з пацієнткою зі скривдженої тортурами сім'ї:

Пацієнтка з Іраку боролася з диссоціативними симптомами — головним симптомом і проблемою, що привела її в терапію. Її чоловіка викрали, а потім вона отримала його тіло зі слідами тортур. Юна клієнтка зі своїми трьома дітьми втекла до Угорщини. Вона була неспроможна адаптуватися до випробувань притулку, нехтуючи і дітьми, і собою. Вона губилась під час шопінгу і зазвичай починала плакати замість того, щоб давати раду сімейним справам. Її 10-річна донька зайняла місце батька і хворої матері і стала головою сім'ї.

Терапевти почали невербальну групову терапію з іншими жінками з повних сімей і матерів-одиначок. Донька пацієнтки паралельно брала участь у креативній терапії з дитячим психологом.

Пізніше сімейна терапія розпочалась зі спільного оплакування батька/ чоловіка. Психотерапевт і члени сім'ї обговорили проблеми викривлення ролей у теперішньому, порівнюючи їх із ситуацією, що передувала травмі. Окреслення патологічної структури родини і робота з травмами вимушеного переселення та іншими втратами об'єктів допомогли скерувати сили та енергію на ці труднощі.

Після семи терапевтичних сесій мешканки притулку для біженців відчинили двері нашим лікарям і психотерапевтам із сяючими обличчями та чудовим волоссям. Пацієнтка взяла на себе роль перукарки притулку. Вона знову знайшла себе у попередній жіночній ролі. Вона пішла на шопінг з іншими жінками з притулку і знову почала готувати та dbати про своїх дітей.

Дев'ята сесія була останньою у терапевтичному процесі, оскільки родина планувала переїхати з притулку. Мати заручилась із біженцем з Іраку і родина була готова до нелегкого процесу інтеграції в угорське суспільство.

3) До вербальної терапії часто готує **невербальна групова терапія**, допомагаючи клієнтам, які страждають через сором і приниження, стати доступними для вербального процесу.

Невербальні методи, розроблені угорськими психотерапевтами, виконують подвійну роль:

а) готують клієнтів до вербальної терапії;

б) сприяють зменшенню симптомів ПТСР за допомогою спеціальних терапевтичних технік (мистецтво, релаксація, рухи)

Невербальні методи:

3/а) **комунікативна групова рухова терапія**. Була розроблена для біженців з Боснії на основі досвіду психіатричних відділень з подальшою анімаційною груповою терапією.

3/б) **анімаційна групова терапія**. Цей метод засновано на «оживленні» неживих об'єктів з фокусом на ставленні тих, хто пережив тортури, до своїх тіл і до соціальних контактів. Сьогодні цей метод використовується як важлива ланка довербальних методів. Невербальний терапевт є лідером групової сесії, а вербальний терапевт є ко-терапевтом. Згодом вербальний ко-терапевт виконує роль індивідуального психотерапевта.

3/в) **«стояча групова терапія»** (*station group therapy*). Була створена для біженців від війни в Косово на основі імітації Хресного шляху Ісуса на Голгофу.

У випадку цих біженців травма була дуже близькою до свідомого рівня і цей досвід залишається активно присутнім у свідомості. У результаті цієї особливої ситуації виявилось майже неможливим створити інтимну атмосферу в групі, інколи на груповій сесії було 30 учасників. Цей тип групової терапії зосереджується на відновленні базової довіри, що була втрачена. Психотерапевти Фонду застосовують елементи психодрами на рівні з руховими.

3/г) **групова символ-терапія**. Створено для клієнтів, що говорять арабською. Її теоретичне підґрунтя походить з юнгініанських символів.

Клієнтам/пацієнтам пропонується символічний об'єкт для втраченого минулого, щоб полегшити процес оплакування і зменшити екстремальну тривогу. Психотерапевти вербально і символічно «викликають» об'єкт, наприклад запахом арабської кави або афганською хустинкою ручної роботи. Якщо група пропонує

символічний об'єкт, це можна інтерпретувати як ознаку підвищення довіри.

4) **Культурно-орієнтаційний воркшоп.** Цю модель розроблено для нового амбулаторного відділення у центрі *Bicske*. Вона ставить за мету полегшення інтеграційних навичок та компетентності, а також передає конкретні знання, інформацію та досвід, пов'язані з культурою та інтеграцією.

Такі воркшопи було створено з особливо обережним ставленням до міжкультурних відмінностей. Вони завжди беруть до уваги культуру, з якої походять учасники. Таким чином, культурно-орієнтаційні воркшопи слугують містком між досвідом, знаннями та звичаями країн, з якої походять учасники, і країною, в якій тепер живуть. Така діяльність полегшує розуміння, а також набуття нового досвіду через обмін і участь. Такі сесії передбачають рольові ігри, в яких програються щоденні міжособистісні та офіційні стосунки, дискусії про культурні відмінності та подібності, відвідування різних інституцій, щоб надати можливість практикувати щойно здобуті навички у безпечній атмосфері. Невербальний терапевт і соціальний радник Фонду проводять воркшопи, пам'ятаючи про особливі потреби і вразливість тих, хто пережив тортури, а також інших травмованих біженців.

Інша діяльність. Одна з найбільш важливих діяльностей терапевтів Центру — складання медично-правових звітів, щоб допомогти юридичному процесу надання притулку [біженцям]. Такі звіти засновано на Стамбульському протоколі, вони документально доводять фізичні та психологічні наслідки тортур. У більшості випадків службовець, що займається процедурою надання притулку (поліцейський, суддя), або адвокат-захисник вимагають цей звіт, тож у клієнтів немає вторинної вигоди, щоб відвідувати терапію. Серед інших видів діяльності також важливо відзначити обов'язкові регулярні тренінги для персоналу та обговорення випадків у контексті супервізійних сесій. Це акцентує увагу на сензитивності персоналу притулків для біженців, щоб допомогти їм у щоденній роботі. Така супервізія виконує подвійну функцію — підвищення психологічної поінформованості та запобігання емоційному вигоранню. Піклування про тих, хто піклується, є життєво необхідним для запобігання у них вторинному травматичному стресу.

Результати психотерапевтичної, реабілітаційної роботи за моделлю фонду «Корделія». Результати раніше згадуваних методів проявляються після перших трьох-чотирьох сесій. Як свідчить протокол цієї моделі, розбурхані емоції заспокоюються, важлива фаза процесу оплакування добігає кінця і симптоми ПТСР зменшуються. Клієнти починають тривалий і складний процес інтеграції з більш здорової і зрілої позиції. Подальші методи асиміляції набутих знань, навичок та іншого, отриманого під час терапії досвіду перебувають у постійному процесі розробки. Наразі фахівці Фонду пропонують застосовувати психологічну анкету, створену різними психотерапевтами на основі затверджених протоколів з ПТСР. Оцінювання передбачає від двох до трьох наступних сесій (залежно від доступності клієнта). Проте реєстрація змін може бути проблематичною, бо клієнти роз'їжджаються по всій Угорщині після того, як залишають притулок, і багато хто навіть продовжує міграцію до інших країн Європейського Союзу, а іноді й за океан.

Висновки. У даній статті зроблено огляд сучасних досліджень з ефективності психотерапії травми; ефективних методів і технологій психотерапії в роботі з постраждалими від тортур, а також завдань і перспектив сучасних досліджень у галузі психотерапії травми внаслідок тортур.

Аналіз та порівняння сучасних досліджень щодо ефективності методів та напрямів психотерапії для постраждалих від тортур свідчить про перевагу *загальних дієвих факторів* психотерапії над техніками та окремими методами психотерапії. Наразі актуальними залишається створення інтегративних протоколів лікування, які б ураховували соціокультурну специфіку постраждалих та їх особливості. Це дає змогу розглядати психотерапію постраждалих від тортур як частину мультимодальної інтервенції. Хоча вибраний психотерапевтичний підхід чи методика є релевантними, їхній внесок є набагато меншим за контекст психотерапії та загальні дієві фактори. Також, на думку багатьох сучасних науковців, для інтеграції в психотерапевтичні дослідження постраждалих із наслідками катувань підходу з урахуванням загальних факторів психотерапії, важливо визначити критерії ефективності і терапевтичних умов, а не тільки шукати універсальні методи психотерапії.

Водночас реабілітаційні моделі та терапевтичні методи Центру жертв тортур (Угорщина) є прикладом ефективної роботи з постраждалими від тортур і можуть стати в нагоді вітчизняним науковцям і психотерапевтам у прикладному аспекті. Однак важливо наголосити, що створення психотерапевтичних моделей для надання допомоги різним категоріям постраждалих має відбуватися з урахуванням соціокультурної специфіки.

Список використаних джерел

1. Задорожний О. В. Заборона катувань // Українська дипломатична енциклопедія : У 2-х т. / Редкол. : Л. В. Губерський (голова) та ін. — К : Знання України, 2004 — Т.1 — 760с.
2. Кэхеле Х. Изучение психотерапии за рубежом: история, современное состояние / Х. Кэхеле, Е. С. Калмыкова // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2000, №1. — Электронный ресурс. — режим доступа: <http://psyjournal.ru/articles/izuchenie-psihoterapii-za-rubezhom-istoriya-sovremennoe-sostoyanie>
3. Основи психотерапії : навч. посіб. / В. І. Банцер, Л. О. Гребінь, З. В. Гривул [та ін.] ; під заг. ред. К. В. Сєдих, О. О. Фільц. — Полтава : Алчевськ : ЦПК, 2013. — 329 с.
4. Allodi F., Cowgill O. Ethical and psychiatric aspects of torture // *Psychiatry*. — 1982; Vol.27. — PP. 98 - 102.
5. Basoglu M., Jaranson J. M., Mollica R. et al. Torture and mental health : a research overview // *The mental health consequences of torture* / Eds. Gerrity E., Keane T. M., Tuma F. — New York : Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2001. — PP. 35-62.
6. Abildgaard U., Daugaard O., Marcussen H. et al. Chronic organic psychosyndrome in Greek torture victims // *Dan. Medical Bulletin*, 1984. — Vol.31. — PP.239-42.
7. Akhtar S. A third individuation : immigration, identity, and the psychoanalytic process // *Psychoanalysis Ass.*, 1995. — Vol.43. — PP.1051-84.
8. Basoglu M., Paker M., Paker O. et al. Psychological effects of torture : a comparison of tortured with non-tortured political activists in Turkey // *Psychiatry*. — 1994, Vol.151. — PP.76-81.
9. Beutler L., Harwood M., Bertoni M., Thoman J. Systematic Treatment Selection and Prescriptive Therapy // *Casebook of Psychotherapy Integration* / Eds. Stricker G., Gold J. — 2006. — PP. 29-42.
10. Catani C., Adenauer H., Keil J., Aichinger H., Neuner F. Pattern of cortical activation during processing of aversive stimuli in traumatized

- survivors of war and torture // *European Arch Psychiatry Clinical Neurosci.* – 2009, Sep. 259 (6). – PP. 340–51.
11. Chodoff P. Depression and guilt among concentration camp survivors : comments of a survivor // *Existential Psychology.* – 1969, Vol.7(26-27). – PP.19-26.
 12. Critical Incident Stress Debriefing (CISD). – Available from: https://www.researchgate.net/publication/264870448_Critical_Incident_Stress_Debriefing_CISD. – [accessed Mar 18 2018].
 13. Cunningham M., Cunningham J. D. Patterns of symptomatology and patterns of torture and trauma experiences in resettled refugees. // *Psychiatry.* –1997. –Vol.31. – PP. 555–65.
 14. Danieli Y. Introduction. Historical and conceptual foundation // In: Danieli Y., ed. *International handbook of multigenerational legacies of trauma.* — New York : Plenum Press, 1998.
 15. DeRubeis R. J., Lorenzo-Luaces L. Recognizing that truth is unattainable and attending to the most informative research evidence // *Psychotherapy Research.* – 2017 Jan 2;27(1). – PP. 33–5.
 16. Elbert T., Schauer M., Ruf M., Weierstall R., Neuner F., Rockstroh B., et al. // *The Tortured Brain.* // *Psychology.* – 2011. – Jan; 219(3). – PP. 167–74.
 17. Frank J. D. *Persuasion and Healing.* – Baltimore : John Hopkins University Press; 1961.
 18. Grawe K. *Psychotherapie im wandel. Von der konfession zur profession* / K. Grawe, R. Donald, E. Bernauer. – Gottingen : Hogrefe – Verlag fur psychologie, 1994.
 19. Grenavage L.M., Norcross J. C. Where are the commonalities among the therapeutic common factors? // *Professional Psychology : Research and Practice.* – 1990, Vol 21(5), Oct. – PP. 372-378.
 20. Hárđi L., Kroo A. Psychotherapy and psychosocial care of torture survivor refugees in Hungary: "a never-ending journey"/ Lila Hárđi, A. Kroo // *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture.* — Vol. 21(2) : PP. 84 - 97 — January, 2011. – PP. 85 – 89
 21. Herman J. *Trauma and recovery : the aftermath of violence from domestic abuse to political terror* / Judith Herman. – New York : Basic Books, 1992.
 22. Hoskins M., Pearce J., Bethell A., Dankova L., Barbui C., Tol W.A., et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder : systematic review and meta-analysis // *Psychiatry.* – 2015. – Feb 1;206(2). – PP. 93–100.
 23. Krystal H. *Massive psychic trauma* / H. Krystal. – New York : International Universities Press, 1968.

24. Lambert M. J., Bergin A.E. The effectiveness^[17]_{SEP} of psychotherapy // Handbook of psychotherapy and behavior change / Garfield AEB& SL, editor. – New York : Wiley, 1994. – PP. 143–89.
25. Lambert M. J., Ogles B. M. Common factors : Post hoc explanation or empirically based therapy approach? // Psychotherapy. – 2014, Vol.51(4). – PP. 500–4.
26. Laska K. M., Gurman A. S., Wampold B. E. Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy : A common factors perspective // Psycho- therapy . – 2014, Vol. 51(4). – PP. 467– 81.
27. Laveta V., Orieny P. Efficacy of rehabilitation and treatment approaches : Group counseling torture treatment model for low-resource settings // IRCT 10th International Scientific Symposium – Delivering on the promise of the right to rehabilitation. – Mexico City, 5-7 December 2016.
28. Loneragan C., Steel Z., Touze D. , Harris E., Ceollo M., Susljik I., et al. Torture, Mental Health Status and the Outcomes of Refugee Applications among Recently Arrived Asylum Seekers in Australia // International Journal of Migration, Health and Social Care. – 2006. – PP. 4–14.
29. Mitchell J. T., Everly G. S. Critical Incident Stress Debriefing: An operations manual for CISD, Defusing and other group crisis intervention services. – Third Edition. – Ellicott City, MD : Chevron, 2001.
30. Murray L. K., Dorsey S., Haroz E., Lee C., Alsiary M. M., Haydary A., et al. A Common Elements Treatment Approach for Adult Mental Health Problems in Low- and Middle-Income Countries // Cogn. Behavioral Practice. – 2014, May. – Vol. 21(2). – PP. 111–23.
31. Niederland W. G. Clinical observations on the “survivor syndrome”: symposium on psychic traumatization through social catastrophe // International Journal of Psychoanalysis. – 1968, Vol.49. – PP. 313-5.
32. Norcross J.C. Integrative psychotherapy / J. Norcross. – Oxford, 2016. – PP. 390-394
33. Norcross J.C., Karpiak C. P., Lister K.M. What's an integrationist? A study of self-identified integrative and (occasionally) eclectic psychologists // Journal of clinical psychology. – 2005, 12/1 . – V.61, issue 12. – PP. 1587-1594
34. O'Mara S, O'Mara S. Torturing the brain : on the folk psychology and folk neurobiology motivating “enhanced and coercive interrogation techniques” // Trends Cogn. Science. – 2009, Vol.13(12). – PP. 497–500.
35. Papadopoulos R.K. Refugees, home and trauma // In: Papadopoulos R.K., ed Therapeutic care for refugees. No place like home. — Tavistock Clinic Series. — London: Karnac, 2002.
36. Patel N., Williams A. C. , Kellezi B. Reviewing outcomes of psychological interventions with torture survivors : Conceptual , methodological and ethicalIssues // Torture Journal. – 2016. – Vol. 26(1).

- PP. 2–16.
37. Pérez-Sales P. Psychological Torture : definition, evaluation and measurement. – London-New York: Routledge, 2016.
 38. Pérez-Sales P. Psychotherapy for torture survivors – Suggested pathways for research / Pau Pérez-Sales // Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture. – 2016, V. 27(1). — PP. 1-12.
 39. Polanski R. The pianist. Germany: Studio Babelsberg, 2002.
 40. Potocky M., Guskovict K.L. Enhancing empathy among humanitarian workers through Project MIRACLE : Development and initial validation of the Helpful Responses to Refugees Questionnaire // Torture Journal. – 2016, Vol.26(3). – PP. 46–60.
 41. Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. // American Journal Orthopsychiatry. – 1936, Vol. 6(3). – PP. 412–5.
 42. Silove D. The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: toward an integrated conceptual framework // Journal Nerv. Ment. Dis. – 1999, Vol.187. – PP. 200–7.
 43. Somnier F. E, Vesti P., Kastrup M. et al. Psychosocial consequences of torture: current knowledge and evidence // Basuglu M., ed. Torture and its consequences. Current treatment approaches.
 44. Somnier F. E., Genefke I. K. Psychotherapy for victims of torture // British Journal of Psychiatry. – 1986, Vol.149. – PP. 323-9.
 45. Stein D., Zungu-Dirwayi N., van der Linden G., Seedat S. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). // Cochrane Database of Systematic Reviews / Stein D., editor. – Chichester, UK : John Wiley & Sons, Ltd. – 2000.
 46. Torture CV of Restoring Hope and Dignity : Manual for Group Counseling Center for Victims of Torture. Minnesota; 2016.
 47. Turner S., Gorst-Unsworth C. Psychological sequelae of torture – a descriptive model // British Journal of Psychiatry. – 1990, Vol.157. – PP. 475–80.
 48. United Nations Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. – G.A. – Vol. 39/46. – annex, 39 U.N. GAOR Supp. (No. 51) at 197, U.N. Doc. A/39/51 (1984), entered into force June 26, 1987.
 49. Vesti P., Somnier F.E., Kastrup M. Psychotherapy with torture survivors. A report of practice from RCT. Copenhagen : RCT, 1992.
 50. Virág T. „Mély kútba tekinték ...”. Budapest : Animula Egyesület – Magyar Pszichiátriai Társaság, 2001.
 51. Wampold B.E., Mondin G.W., Moody M., Stich F., Benson K., Ahn H. A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide

Psychotherapies : Empirically, “All Must Have Prizes” // Bruce. Psychological Bull. – 1997, Vol.122(3). – PP. 203–15.

52. Weiss W.M., Ugueto A.M., Mahmooth Z., Murray L.K., Hall B.J., Nadison M., et al. Mental health interventions and priorities for research for adult survivors of torture and systematic violence : a review of the literature // Torture Journal. – 2016, Vol.26(1). – PP.17–45.

References transliterated

1. Zadorozhnyi O. V. Zaborona katyvan // Ukrainska dyplomatychna entsiclopedia : U 2-x t. / Redcol. : L. V. Guberskiy (golova) ta in. — K : Znannya Ukrainy, 2004 — T.1 — 760s.
2. Kechele X., Kalmykova E.S. Izychenie psichoterapii za rubezhom : istoria, sovremennoe sostoyanie / X. Kechele, E. S. Kalmykova // Zhurnal prakticheskoy psichologii i psichoanaliza . – 2000, №1. – Electronniy resurs. – rezhim dostupa: <http://psyjournal.ru/articles/izuchenie-psichoterapii-za-rubezhom-istoriya-sovremennoe-sostoyanie>.
3. Osnovy psichoterapii : navch. posib. / V.I.Bantser, L.O. Grebin, Z.V. Gryvul [ta in.] ; pid zag. red. K. V. Sedych, O. O. Filts. – Poltava : Alchevsk : TSPK, 2013. – 329 s.
4. Allodi F., Cowgill O. Ethical and psychiatric aspects of torture // Psychiatry. – 1982; Vol.27. – PP. 98 - 102.
5. Basoglu M., Jaranson J.M., Mollica R. et al. Torture and mental health : a research overview // The mental health consequences of torture / Eds. Gerrity E., Keane T. M., Tuma F. – New York : Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2001. – PP. 35-62.
6. Abildgaard U., Daugaard O., Marcussen H. et al. Chronic organic psychosyndrome in Greek torture victims // Dan. Medical Bulletin, 1984. – Vol.31. – PP.239-42.
7. Akhtar S. A third individuation : immigration, identity, and the psychoanalytic process // Psychoanalysis Ass., 1995. – Vol.43. – PP.1051-84.
8. Basoglu M., Paker M., Paker O. et al. Psychological effects of torture : a comparison of tortured with non-tortured political activists in Turkey // Psychiatry. – 1994, Vol.151. – PP.76-81.
9. Beutler L., Harwood M., Bertoni M., Thoman J. Systematic Treatment Selection and Prescriptive Therapy // Casebook of Psychotherapy Integration / Eds. Stricker G., Gold J. – 2006. – PP. 29–42.
10. Catani C., Adenauer H., Keil J., Aichinger H., Neuner F. Pattern of cortical activation during processing of aversive stimuli in traumatized survivors of war and torture // European Arch Psychiatry Clinical Neurosci. – 2009, Sep. 259 (6). – PP. 340–51.
11. Chodoff P. Depression and guilt among concentration camp survivors :

- comments of a survivor // *Existential Psychology*. – 1969, Vol.7(26-27). – PP.19-26.
12. Critical Incident Stress Debriefing (CISD). – Available from: https://www.researchgate.net/publication/264870448_Critical_Incident_Stress_Debriefing_CISD. – [accessed Mar 18 2018].
 13. Cunningham M., Cunningham J. D. Patterns of symptomatology and patterns of torture and trauma experiences in resettled refugees. // *Psychiatry*. –1997. –Vol.31. – PP. 555–65.
 14. Danieli Y. Introduction. Historical and conceptual foundation // In: Danieli Y., ed. *International handbook of multigenerational legacies of trauma*. — New York : Plenum Press, 1998.
 15. DeRubeis R. J., Lorenzo-Luaces L. Recognizing that truth is unattainable and attending to the most informative research evidence // *Psychotherapy Research*. – 2017 Jan 2;27(1). – PP. 33–5.
 16. Elbert T., Schauer M., Ruf M., Weierstall R., Neuner F., Rockstroh B., et al. // *The Tortured Brain*. // *Psychology*. – 2011. – Jan; 219(3). – PP. 167–74.
 17. Frank J. D. *Persuasion and Healing*. – Baltimore : John Hopkins University Press; 1961.
 18. Grawe K. *Psychotherapie im wandel. Von der konfession zur profession* / K. Grawe, R. Donald, E. Bernauer. – Gottingen : Hogrefe – Verlag fur psychologie, 1994.
 19. Grenavage L.M., Norcross J. C. Where are the commonalities among the therapeutic common factors? // *Professional Psychology : Research and Practice*. – 1990, Vol 21(5), Oct. – PP. 372-378.
 20. Hárđi L., Kroo A. Psychotherapy and psychosocial care of torture survivor refugees in Hungary: "a never-ending journey"/ Lila Hárđi, A. Kroo // *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture*. — Vol. 21(2) : PP. 84 - 97 — January, 2011. – PP. 85 – 89
 21. Herman J. *Trauma and recovery : the aftermath of violence from domestic abuse to political terror* / Judith Herman. – New York : Basic Books, 1992.
 22. Hoskins M., Pearce J., Bethell A., Dankova L., Barbui C., Tol W.A., et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder : systematic review and meta-analysis // *Psychiatry*. – 2015. – Feb 1;206(2). – PP. 93–100.
 23. Krystal H. *Massive psychic trauma* / H. Krystal. – New York : International Universities Press, 1968.
 24. Lambert M. J., Bergin A.E. The effectiveness^[1]_{SEP} of psychotherapy // *Handbook of psychotherapy and behavior change* / Garfield AEB& SL, editor. – New York : Wiley, 1994. – PP. 143–89.

25. Lambert M. J., Ogles B. M. Common factors : Post hoc explanation or empirically based therapy approach? // *Psychotherapy*. – 2014, Vol.51(4). – PP. 500–4.
26. Laska K. M., Gurman A. S., Wampold B. E. Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy : A common factors perspective // *Psycho- therapy* . – 2014, Vol. 51(4). – PP. 467– 81.
27. Laveta V., Orieny P. Efficacy of rehabilitation and treatment approaches : Group counseling torture treatment model for low-resource settings // *IRCT 10th International Scientific Symposium – Delivering on the promise of the right to rehabilitation*. – Mexico City, 5-7 December 2016.
28. Loneragan C., Steel Z., Touze D. , Harris E., Ceollo M., Susljik I., et al. Torture, Mental Health Status and the Outcomes of Refugee Applications among Recently Arrived Asylum Seekers in Australia // *International Journal of Migration, Health and Social Care*. – 2006. – PP. 4–14.
29. Mitchell J. T., Everly G. S. Critical Incident Stress Debriefing: An operations manual for CISD, Defusing and other group crisis intervention services. – Third Edition. – Ellicott City, MD : Chevron, 2001.
30. Murray L. K., Dorsey S., Haroz E., Lee C., Alsiary M. M., Haydary A., et al. A Common Elements Treatment Approach for Adult Mental Health Problems in Low- and Middle-Income Countries // *Cogn. Behavioral Practice*. – 2014, May. – Vol. 21(2). – PP. 111–23.
31. Niederland W. G. Clinical observations on the “survivor syndrome”: symposium on psychic traumatization through social catastrophe // *International Journal of Psychoanalysis*. – 1968, Vol.49. – PP. 313-5.
32. Norcross J.C. Integrative psychotherapy / J. Norcross. – Oxford, 2016. – PP. 390-394
33. Norcross J.C., Karpiak C. P., Lister K.M. What's an integrationist? A study of self-identified integrative and (occasionally) eclectic psychologists // *Journal of clinical psychology*. – 2005, 12/1 . – V.61, issue 12. – PP. 1587-1594
34. O'Mara S, O'Mara S. Torturing the brain : on the folk psychology and folk neurobiology motivating “enhanced and coercive interrogation techniques” // *Trends Cogn. Science*. – 2009, Vol.13(12). – PP. 497–500.
35. Papadopoulos R.K. Refugees, home and trauma // In: Papadopoulos R.K., ed *Therapeutic care for refugees. No place like home*. — Tavistock Clinic Series. — London: Karnac, 2002.
36. Patel N., Williams A. C. , Kellezi B. Reviewing outcomes of psychological interventions with torture survivors : Conceptual , methodological and ethicalIssues // *Torture Journal*. – 2016. – Vol. 26(1). – PP. 2–16.
37. Pérez-Sales P. Psychological Torture : definition, evaluation and measurement. – London-New York: Routledge, 2016.

38. Pérez-Sales P. Psychotherapy for torture survivors – Suggested pathways for research / Pau Pérez-Sales // *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture.* – 2016, V. 27(1). — PP. 1-12.
39. Polanski R. *The pianist.* Germany: Studio Babelsberg, 2002.
40. Potocky M., Guskovict K.L. Enhancing empathy among humanitarian workers through Project MIRACLE : Development and initial validation of the Helpful Responses to Refugees Questionnaire // *Torture Journal.* – 2016, Vol.26(3). – PP. 46–60.
41. Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. // *American Journal Orthopsychiatry.* – 1936, Vol. 6(3). – PP. 412–5.
42. Silove D. The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: toward an integrated conceptual framework // *Journal Nerv. Ment. Dis.* – 1999, Vol.187. – PP. 200–7.
43. Somnier F. E, Vesti P., Kastrup M. et al. Psychosocial consequences of torture: current knowledge and evidence // Basuglu M., ed. *Torture and its consequences. Current treatment approaches.*
44. Somnier F. E., Genefke I. K. Psychotherapy for victims of torture // *British Journal of Psychiatry.* – 1986, Vol.149. – PP. 323-9.
45. Stein D., Zungu-Dirwayi N., van der Linden G., Seedat S. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). // *Cochrane Database of Systematic Reviews / Stein D., editor.* – Chichester, UK : John Wiley & Sons, Ltd. – 2000.
46. *Torture CV of Restoring Hope and Dignity : Manual for Group Counseling Center for Victims of Torture.* Minnesota; 2016.
47. Turner S., Gorst-Unsworth C. Psychological sequelae of torture – a descriptive model // *British Journal of Psychiatry.* – 1990, Vol.157. – PP. 475–80.
48. United Nations Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. – G.A. – Vol. 39/46. – annex, 39 U.N. GAOR Supp. (No. 51) at 197, U.N. Doc. A/39/51 (1984), entered into force June 26, 1987.
49. Vesti P., Somnier F.E., Kastrup M. Psychotherapy with torture survivors. A report of practice from RCT. Copenhagen : RCT, 1992.
50. Virág T. „Mély kútba tekinték ...”. Budapest : Animula Egyesület – Magyar Pszichiátriai Társaság, 2001.
51. Wampold B.E., Mondin G.W., Moody M., Stich F., Benson K., Ahn H. A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies : Empirically, “All Must Have Prizes” // *Bruce. Psychological Bull.* – 1997, Vol.122(3). – PP. 203–15.
52. Weiss W.M., Ugueto A.M., Mahmooth Z., Murray L.K., Hall B.J.,

Nadison M., et al. Mental health interventions and priorities for research for adult survivors of torture and systematic violence : a review of the literature // Torture Journal. – 2016, Vol.26(1). – PP.17–45.

Lazos G. P. Psychotherapy of torture survivor: an overview of the modern research and psychotherapeutic models. The article examines torture as a phenomenon of human cruelty, describes the psychological consequences that are caused by it and discusses the need to distinguish mental states after torture into a separate diagnostic category. The article also presents the results of the modern researches on the effectiveness of psychotherapy in working with torture survivors. Attention is drawn to the importance of common effective factors in constructing a model of psychotherapeutic or psycho-rehabilitation work. Examples of effective models of work with such a group of victims are given.

Key words: torture, survivor, diagnostics, psychotherapy, research, psychotherapeutic approach, general effective factors, model of psychotherapy.

Відомості про автора

Лазос Гелена Петрівна, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник лабораторії консультативної психології і психотерапії Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.

Lazos Gelena, PhD, senior researcher, laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences (NAPS) of Ukraine. Kiev, Ukraine.

Lazos.gelena@yahoo.com

РЕФЕРАТ

Лазос Г. П.

Психотерапія постраждалих внаслідок тортур: огляд сучасних досліджень та психотерапевтичних моделей.

Особи, звільнені з полону та особи, які зазнали катувань (тортур) є однією з найскладніших категорій постраждалих з погляду надання психотерапевтичної допомоги і найменш

дослідженою у вітчизняній науці.

Створення психотерапевтичних моделей для надання допомоги різним категоріям постраждалих має відбуватися не тільки на основі наукових даних (психотерапевтичних, нейробіологічних тощо), а й з урахуванням соціокультурної специфіки тієї спільноти, де відбувається реабілітація і психотерапія постраждалих. Саме це є певним викликом і важливим завданням для вітчизняних науковців та практиків у цій галузі.

Метою огляду є ознайомлення сучасної спільноти фахівців у галузі психічного здоров'я із сучасними ефективними методами та технологіями психотерапії в роботі з постраждалими від тортур; із завданнями і перспективами сучасних досліджень в галузі психотерапії травм.

Тортири небезпечно втручаються в найбільш приватні та інтимні сфери людини і мають складні психологічні та психічні наслідки на особистість. Зазнаючи тортур, людина перетворюється на жертву, що загалом призводить до втрати відчуття її внутрішньої цілісності, інтимності та приватності. Такий досвід призводить до психічних метаморфоз та колапсу, у парі з відчуттям дезорієнтації ідентичності та деперсоналізації, а також страху втрати самої своєї сутності, душі або духу.

У спеціалізованій науковій літературі має місце дискусія щодо діагностичних відмінностей між наслідками тортур та іншими формами екстремальних психотравм. Деякі дослідники робили спробу виокремити «синдром тортур», комплексний ПТСР, DESNOS у якості окремої діагностичної категорії захворювань. Проте, впорядкувати різні симптоми у змістовний та ефективний кластер, а також надати докази каузальних зв'язків між тортурами та їхніми наслідками виявилось досить проблематичним.

Аналіз та порівняння сучасних досліджень щодо ефективності методів та напрямів психотерапії для постраждалих від тортур свідчить про перевагу загальних дієвих факторів психотерапії над техніками та окремими методами психотерапії. Наразі актуальними залишається створення інтегративних протоколів лікування, які б ураховували соціокультурну специфіку постраждалих та їх особливості. Це дає змогу розглядати психотерапію постраждалих від тортур як частину мультимодальної інтервенції. Також, на думку багатьох сучасних науковців, для

інтеграції в психотерапевтичні дослідження постраждалих із наслідками катувань підходу з урахуванням загальних факторів психотерапії, важливо визначити критерії ефективності і терапевтичних умов, а не тільки шукати універсальні методи психотерапії.

Водночас реабілітаційні моделі та терапевтичні методи Центру жертв тортур (Угорщина) є прикладом ефективної роботи з постраждалими від тортур і можуть стати в нагоді вітчизняним науковцям і психотерапевтам у прикладному аспекті. Однак важливо наголосити, що створення психотерапевтичних моделей для надання допомоги різним категоріям постраждалих має відбуватися з урахуванням соціокультурної специфіки.

Ключові слова: тортури, постраждалі, діагностика, психотерапія, дослідження, психотерапевтичний підхід, загальні дієві фактори, модель психотерапії.

УДК 364.62-47-058.6(072)

Омельченко Я. М.

ВІДНОВЛЕННЯ БЕЗПЕЧНИХ СТОСУНКІВ ПСИХОТЕРАПЕВТА З ДІТЬМИ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ РОДИН

Омельченко Я. М. **Відновлення безпечних стосунків психотерапевта з дітьми внутрішньо переміщених родин.** У статті розкрито значення безпечних, надійних стосунків для процесу психологічної реабілітації дітей, що зазнали травмування через вимушене переселення із зони активних бойових дій. Представлено результат інтеграції знань про основні типи прив'язаності у дітей, якість первинного об'єкту, специфіку розгортання стосунків у зв'язку з цим та прогнози подолання негативних наслідків дії надмірних стресових чинників. Визначено специфіку методики дослідження стосунків з дітьми, що перебувають у кризових обставинах та представлено результати їх вивчення. Виокремлено основні умови встановлення надійних, безпечних стосунків з дітьми, що перебувають у кризових обставинах.

Ключові слова: кризові обставини, психотерапевтичні стосунки, безпечна (надійна) прив'язаність, уникаюча (ненадійна) прив'язаність, амбівалентна (ненадійна прив'язаність), достатньо хороша матір, погана матір, занадто хороша матір, почуття перенесення та контрперенесення, подолання негативних наслідків кризових обставин, відновлення надійних стосунків, символічна трансформація образу первинного об'єкту.

Омельченко Я. Н. Восстановление безопасных отношений психотерапевта с детьми из внутренне перемещенных семей. В статье раскрыто значение безопасных, надежных отношений для процесса психологической реабилитации детей, которые травмировались из-за вынужденного переселения из зоны активных боевых действий. Представлен результат интеграции знаний о типах привязанности у детей, качестве первичного объекта, специфике развития отношений в связи с этим и прогнозах преодоления негативных последствий действия чрезмерного стресса. Определена специфика методики исследования отношений с детьми, которые находятся в кризисных обстоятельствах и представлены результаты их изучения. Очерчены основные условия формирования безопасных, надежных отношений с детьми, которые пребывают в кризисных обстоятельствах.

Ключевые слова: кризисные обстоятельства, психотерапевтические отношения, безопасная (надежная) привязанность, избегающая (ненадежная) привязанность, амбивалентная (ненадежная) привязанность, достаточно хорошая мать, плохая мать, слишком хорошая мать, чувства переноса и контрпереноса, преодоление негативных последствий кризисных обстоятельств, восстановление надежных отношений, символическая трансформация образа первичного объекта.

Постановка проблеми. На сьогоднішній день, можна впевнено говорити про те, що сучасне вітчизняне суспільство потерпає від *хронічних кризових обставин*. Масові заворушення, соціально-економічна нестабільність спричиняє стресові чинники, які негативно впливають на загальному психоемоційному стані населення, провокуючи розвиток посттравматичного стресоподібного розладу.

Однією із вразливих категорій населення, яка підпадає під вплив кризових обставин у суспільстві, є діти. Вони достатньо

гостро сприймають події, які змінюють константність, надійність, безпечність оточуючого середовища та спричиняють різку динаміку їх психо-емоційних зв'язків з дорослими. Масові заворушення, гострі воєнні конфлікти значно порушують звичний для дитячого сприймання плин життя. З одного боку, діти відчують реальні тривогу, страх та розпач, які індукуються близьким оточенням, з іншого – механізми вирішення цих сильних переживань далеко не завжди ефективно спрацьовують, оскільки дорослі самі не мають змоги повноцінно відновити власну цілісність. Діти з внутрішньо переміщених родин досі потребують посиленої уваги фахівців та психологічної допомоги, оскільки наслідки впливу надмірних стресових чинників (зміна місця проживання, зміна звичного найближчого оточення (у випадку неповного переселення родини), зміна звичного кола друзів, невизначеність майбутнього, невизначеність перспектив повернення звичного середовища, посттравматичні розлади найближчого оточення) дають про себе знати тривалий час. Разом з тим, слід зауважити, що діти часто не можуть відкрито обговорювати те, що їх турбує, особливо коли мова йде про травмівні обставини. Це пов'язано і з віком, про який йдеться, і з механізмом витіснення, який спрацьовує через вплив надмірних стресових чинників. Тому найчастіше діти виражають своє напруження у поведінці, емоційних станах, соматичних проявах, художніх образах тощо [14; 15], а також у порушених стосунках з оточуючими. Втрачаючи відчуття безпечності середовища, яке неодмінно виникає як результат травмування, діти втрачають відчуття довіри до інших, що неодмінно відбивається на їхніх стосунках. Спостерігаючи та аналізуючи стосунки під час психотерапевтичної сесії, фахівець має змогу визначити стан дитини [13] та специфіку проживання нею кризових обставин. Разом з тим стосунки є потужним засобом для подолання дитиною кризових обставин та зцілення травми. Отже, вивчаючи феномен стосунків психотерапевта з дітьми, що потерпають від кризових обставин, ми маємо змогу більш чітко зрозуміти стан дитини та її налаштованість до світу, а головне, означити ефективні шляхи встановлення зцілюючих, безпечних стосунків у просторі психологічної допомоги.

Аналіз досліджень і публікацій з означеної проблематики.
Проблема стосунків нерідко поставала у ракурсі досліджень

вітчизняних та зарубіжних вчених. І це не випадково, переважна кількість дослідників висловлюють одностайну думку про те, що стосунки, які складаються у психотерапевта з клієнтом, – це важливий фактор, який впливає на ефективність психологічної допомоги [3; 5; 22].

Важливим поворотом у поглядах на стосунки у процесі психотерапії стали роботи представників сучасної психодинамічної парадигми (М. Кляйн, Д. В. Віннікот, М. Маллер, Е. Еріксон, Р. Фейрбейрн, О. Кернберг, Х. Кохут). Базуючись на ідеях З. Фрейда [22]. Говорячи про процеси перенесення та контрперенесення у стосунках, вони не абстрагуються від власних фантазій та почуттів стосовно пацієнтів, а перетворюють їх на своєрідний психотерапевтичний інструмент. З огляду на це, психотерапевт є одночасно і учасником безпосередньої феноменологічної взаємодії, і професіоналом, який допомагає формувати зв'язок пацієнта між уявним, реальним та символічним. Стосункам – можливістю їх виникнення, глибини та відвертості взаємодії, їх надійності, сталості, почуттям, фантазіям психотерапевта щодо пацієнта, - почали відводити значну роль як для психотерапевтичної діагностики та прогнозу стосовно пацієнта, так і стосовно прогресивних змін у психотерапії. Разом з тим, на думку представників теорії об'єктних стосунків, взаємодія, яка складається у психотерапевтичному просторі є надійним середовищем, на базі якого можуть безпечно розвиватися динамічні процеси стосунків і, завдяки цьому, створюються умови для звільнення пацієнта від тотальних домінуючих об'єктів, розвитку здатність до активної, ініціативної, незалежної взаємодії, яка не має ознак симбіотичного зв'язку.

Ідея **вирішального значення якості та надійності стосунків** у процесі онтогенезу та у психотерапевтичному просторі набули посиленого розвитку в теорії прив'язаності Джона Боулбі [1]. Акцентуючи увагу на стосунках, Боулбі говорить про них як про центральну психотерапевтичну мету та стратегію водночас. Можливість чи неможливість створювати з пацієнтом безпечні, константні та надійні стосунки є діагностичним показником для дослідника, разом з тим є терапевтичною метою, що є основою для одужання пацієнтів.

На сьогодні вирізняють три базових типи прив'язаності з близьким оточенням, які формуються у ранньому дитинстві і

зберігаються протягом всього життя. Ці типи вперше вирізняла М. Ейнсуорд [19] і надалі саме вони широко розглядаються у дослідницькій практиці послідовниками теорії прив'язаності:

1. **Безпечна (надійна) прив'язаність** – здоровий, емпатійний зв'язок між матір'ю та дитиною, який створює емоційну основу для впевненої в собі особистості. За умов надійного типу прив'язаності потреба дитини у безпеці та піклуванні задовольняється. Зв'язок характеризується великою кількістю позитивних емоцій, близькістю та інтенсивністю взаємодії.

Безпечний тип прив'язаності формується за умов того, що мати є надійною, емоційно включеною у спілкування з дитиною, чутливою до її потреб та різних станів, послідовна і несуперечлива у своїй поведінці, вирізняє індивідуальність дитини та поважає її кордони. В цілому можна сказати, що така мати «тепла» [2] або, згідно теорії об'єктних стосунків [6; 14], – *достатньо хороша мати* (яка адекватно відчуває потреби дитини, диференціює їх, відчуває власні психологічні кордони та кордони немовля, дружньо та емоційно ставиться до дитини, створює умови для помірних фрустрацій, які є умовою здорового розвитку).

В свою чергу, діти у таких стосунках спокійні, радісні, їх можна легко заспокоїти, вони легко адаптуються до різних обставин [4].

2. **Унікаюча (ненадійна) прив'язаність** – зв'язок, що характеризується напруженістю, відстороненістю, відчуженістю непередбачуваністю, дистанціюванням, насичений негативними переживаннями. Потреба дитини у безпеці та піклуванні не задовольняється належно.

Унікаючу прив'язаність формується у стосунках з матір'ю, яка постійно емоційно нехтує дитиною, непередбачувана у своїх реакціях та не чутлива до її переживань і потреб, часто дистанціюється, незацікавлена у спілкуванні, погано відчуває фізичні та психологічні кордони свої та дитини. Така матір «холодна» або *погана матір* [2; 19] (яка нечітко диференціює потреби дитини, часто зливає їх з власними, розмиває психологічні кордони, холодно, відсторонено чи вороже ставиться до дитини, створює умови для занадто сильних фіксацій, що перешкоджають здоровому розвитку).

Діти у цих стосунках насторожені, відсторонені від контакту або уникають його, занадто незалежні від близького оточення, що невідповідно віку, у стресовій ситуації схильні замикатися у собі [4].

3. Амбівалентна (ненадійна) прив'язаність – зв'язок, що характеризується непередбачуваністю, непослідовністю, напруженістю, надмірною тривожністю, насичений емоційно-афективними вибухами, проявами насильства та негативними переживаннями.

Такий тип прив'язаності формується у стосунках з матір'ю, яка через власну тривожність, є досить-таки непередбачуваною у своїх взаєминах із дитиною: епізоди привітності і прихильності різко змінюються надмірним гнівом, ігноруванням, байдужістю до дитини; вона схильна до надмірного контролю у дрібницях, водночас не помічає ті сфери життя, які їй справді потребують батьківської уваги. У такої матері немає довіри перш за все до себе – вона постійно шукає оптимальний стиль виховання, постійно експериментує у цій сфері, посилюючи у дитини відчуття нестабільності. Разом з тим у неї відсутній справжній глибинний контакт з дитиною, вона не відчуває її потреби та нечутлива до переживань; її батьківська поведінка спрямована лише на зовнішні прояви, які носять суперечливий характер [2; 19]. Звісно, така стратегія лише посилює тривожність та поглиблює непередбачуваність у стосунках матері з дитиною. Таку матір називають «непередбачуваною», а її прояви стосовно дитини нагадують поведінку *занадто хорошої матері* за Д. В. Віннікотом [6] (яка дещо розмиває психологічні кордони – власні та дитини, намагається уникати здорових фрустрацій дитини через власну тривогу, у взаєминах з дитиною проявляє багато контролю та надмірне піклування, при цьому емоційно, глибинно все ж залишається поза контактом з нею, карає дитину за прояви самостійності, посилюючи контроль або ігнорує її).

У результаті, діти занадто невпевнені в оточуючому світі, світ для них нестабільний і насичений непередбачуваною небезпекою. У ситуації напруження такі діти схильні до амбівалентних почуттів, які нагадують переживання у ранньому віці (страх, що мати не прийде у потрібний момент, водночас; радість, що може прийде; гнів, тривога, що немає певності, що ж буде врешті решт). Але контакт з власними почуттями, у таких дітей дуже

ускладнений, оскільки вони занадто суперечливі і їх важко витримати. В стресових ситуаціях пізнавальна активність у таких дітей різко знижується [4; 19].

Первинний тип прихильності, що склався між матір'ю та дитиною або особами, що її замінюють, створює робочу модель взаємин людини зі світом взагалі та визначають якість стосунків, які вибудовує людина у подальшому житті [14]. Так, К. Г. Бріш, наголошує, що надійний емоційний зв'язок між матір'ю та немовлям допомагає дитині: долати страх і занепокоєння, справлятися зі стресом, розуміти те, що вона сприймає, логічно мислити, покладатися на себе, досягати максимального інтелектуального потенціалу, розвивати гармонійні стосунки у подальшому житті [2]. Згідно даних досліджень інших авторів, уже у дошкільному та молодшому шкільному віці, можна помітити суттєву різницю у процесі адаптації до оточення та інтеграції у соціум у дітей з різним типом прив'язаності. Діти, у яких сформувався надійний тип прив'язаності, як правило, самостійні, відповідальні, цікавляться оточенням, спонтанні, соціально компетентні у взаєминах з однолітками, учителями, вихователями, вони ж краще долають наслідки дістресу, порівняно з дітьми з унікаючим та амбівалентним типами прив'язаності. Діти, в яких сформована ненадійна прив'язаність, схильні до агресивної поведінки, тривожності, психічних та психосоматичних розладів, мають проблеми у встановленні дружніх стосунків з однолітками та старшими [4].

Отже, те, як складаються стосунки фахівця з дитиною у просторі психологічної допомоги, є прогностичними і стосовно специфіки встановлення взаємин, перебігу процесу реабілітації, і стосовно здатності дитини долати наслідки впливу надмірного стресу. **Справедливо і інше, відновлюючи безпечні, надійні стосунки з дитиною у просторі психологічної допомоги, ми фактично збільшуємо опірність дитини кризовим обставинам, оскільки створюємо сприятливий образ світу та стосунку як такого.**

Таким чином, стосунки у просторі психотерапії є надзвичайно важливим феноменом. Той тип стосунків, який складається чи не складається у психотерапевтичному просторі, розкриває історію розвитку взаємин клієнта з первинними

об'єктами, прогнозує стратегію та перебіг процесу психологічної реабілітації. Крім того, зміст та якість взаємин вказує на те, яким чином клієнт вибудовує стосунок у соціальному просторі взагалі та з кризовими обставинами зокрема. Труднощі у встановленні надійних стосунків психотерапевта з клієнтом вказують на доволі глибоке комплексне порушення у останнього, основа якого закладається у ранньому дитинстві та може посилюватись кризовими обставинами. Відповідно, працюючи над якістю стосунків у просторі психотерапії, встановлюючи надійний, безпечний зв'язок з клієнтом, психотерапевт сприяє глибинній, комплексній психологічній реабілітації постраждалого від кризових обставин.

Виходячи з вище сказаного, **завданнями** нашої статті є виклад результатів: 1) аналізу специфіки дослідницької роботи з дітьми, що постраждали через вимушене переселення; 2) аналізу типів стосунків, які склалися у практиці психологічної допомоги дітям з вимушено переселених родин та їхнє походження (раннє дитинство чи вплив надмірних стресових чинників); 3) аналізу умов створення безпечних (надійних) стосунків у психотерапевтичному просторі, що можна порівняти зі стосунками з теплою або достатньо хорошою матір'ю.

Виклад основного матеріалу і результатів дослідження.

Перейдемо до опису результатів дослідження стосунків психотерапевта з дітьми, які знаходяться у кризових обставинах через вимушене переселення. Дослідження відбувалось на базі благодійної організації «Український дім», кризового центру медико-психологічної допомоги Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України протягом 2015-2016 років, охоплювало 34 дитини віком від 6ти до 14ти років і мало *значну специфіку* у організації та основних процедурах. Оскільки досліджувані знаходились у кризових обставинах, взаємодія з ними, як правило, була короткотривалою (від 1ї до 5ти сесій), ініціатива до контакту переважно йшла від фахівця, а *процедури дослідження поєднувались з процесом психологічної допомоги*. З огляду на це, методика дослідження була максимально природньою та лаконічною, респонденти швидше відчували піклування фахівця, а не відсторонену позицію експериментатора. Оскільки вибірка

невелика, обробка даних здійснювалась з акцентом на їхні якісні характеристики.

Основними **завданнями** нашого дослідження було встановлення типів прив'язаності, які характерні для дітей, що знаходяться у кризових обставинах через вимушене переселення; визначення типового репертуару проявів дітей з різним типом прив'язаності під час встановлення стосунків з фахівцем; окреслення характеристик образу первинних об'єктів у досліджуваних в залежності від типів прив'язаності; окреслення почуттів перенесення та контрперенесення у стосунках з дітьми з різним типом прив'язаності

Основними **методами** дослідження були: структуроване спостереження та самоспостереження, анкетування, аналіз продуктів діяльності, аналіз почуттів перенесення та контрперенесення.

Структуроване спостереження було спрямоване на виявлення типу прив'язаності у дітей. Характеристики параметрів спостереження вирізнялися на основі аналізу літератури [1; 2; 4; 6; 19] і включали емоційні, комунікативно-поведінкові, когнітивні прояви у дітей, що виникали під час зустрічей з фахівцем. Сукупність ознак, який позначалися у спеціальному бланку, дали змогу вирізнити тип прив'язаності у дітей.

Анкетування батьків включало в себе серію запитань, метою яких було з'ясувати особливості раннього розвитку дітей, виявити сприятливі та несприятливі чинники, які впливали на формування типу прив'язаності дітей. Основні чинники вирізнялись на основі аналізу робіт представників теорії об'єктних стосунків [6; 10; 12], теорії прив'язаності [1; 2; 4; 19] та на основі вирізнення факторів порушення прив'язаності, перелік яких наведено у «Багатоосьовій системі класифікації психічних розладів у дітей та підлітків» [23].

Спостереження за почуттями перенесення та контрперенесення було спрямоване на виявлення почуттів учасників взаємодії, які співвідносяться з різними типами прив'язаності. Зазначимо, що, згідно психодинамічного напрямку психотерапії [6; 11; 12; 14; 16; 22], почуття контрперенесення у стосунках виникає на базі сукупності тих почуттів, які транслиували первинні об'єкти у взаєминах з дитиною. Найчастіше, звісно, мова йде про матір, оскільки, як уже сказано було вище, саме вона грає

вирішальну роль у формуванні типу прив'язаності. В свою чергу, діти під час взаємодії з психотерапевтом, найчастіше переносять на нього ті почуття, які колись вони переживали стосовно первинного об'єкту (матері). Саме тому, кожного разу, коли дитина вступає у контакт, вона, зрештою, виходить на той тип прив'язаності, який сформувався у неї на ранніх етапах розвитку. Оскільки типи прив'язаності пов'язані з різними якостями материнського об'єкту, ми згрупували почуття у залежності від його провідних характеристик. Так, *безпечна (надійна) прив'язаність* у контакті з дитиною викликає у психотерапевта почуття приязності, інтересу, оптимізму, бажання активно взаємодіяти. З боку дитини теж проявляється позитивно забарвлене перенесення: дитина відчуває прихильність до психотерапевта, цікавість, прагне до формування стосунків. *Унікаюча (ненадійна) прив'язаність* відчувається з боку психотерапевта як відстороненість, настороженість, бажання закінчити взаємодію, уникати відкритого контакту. Дитина, як правило, має негативно забарвлене перенесення, проявляючи настороженість, ухиляючись від взаємин, навіть може поводитись доволі жорстко, емоційні прояви зведені до мінімуму. *Амбівалентна (ненадійна) прив'язаність*, як правило, викликає у психотерапевта почуття тривожності та певної невизначеності, подвійності: з одного боку є бажання огорнути дитину піклуванням, а з іншого відсторонитися, віддалитися. З боку дитини теж немало суперечливих почуттів: вона начебто доволі приязно почувається поряд з психотерапевтом, водночас демонструє певну дистанційованість, тривогу, напруження.

Характеристики материнського об'єкту вивчався ще через аналіз образу «Луки» [11], який доволі чітко розроблено як терапевтичну та діагностичну психотехніку кататимно-імагінативної психотерапії. Цінним є те, що цей образ відображає як свідомі, так і несвідомі тенденції і суттєво доповнює дані спостережень та анкетування. Так, про те, що первинний об'єкт має якості *теплої матері*, можна діагностувати через ресурсну динаміку уявленого, соковиту траву та квіти на луках, теплу приємну погоду, доброзичливий, радісний, довірчий настрій клієнта, приємну на дотик землю, траву, відсутність конфліктних об'єктів тощо. Наведемо приклад імагінації образу «Луки», що відображає характеристики теплої матері.

Дев'ятирічна А. переселена із зони АТО у червні 2014 року разом зі своєю мамою та сестрою. Дівчинка чула звуки обстрілів і знає про загибель своєї подруги. Проходила серію групових психотерапевтичних зустрічей на пункті тимчасового перебування внутрішньо переміщених осіб. У стосунках з психологом поводитися привітно, відкрито, емоційні прояви відповідні до ситуації, активно включалася у психотерапевтичний процес. Образ «Луки» дівчинки доволі ресурсний. А. уявила луки літньої пори з яскравою соковитою травою, квітами та деревом. Під час імагінації відпочивала на луках і спостерігала за метеликами. Почувалася добре і розслаблено. У мотиві та у малюнку дівчинки в цілому спроектовано образ теплої матері. Тривогу викликають лише деякі деталі малюнку – трава з гострими краями, що швидше нагадує пеньки від дерев (проекція переживання втрати знайомих), заплутані, гострі гілки на дереві (проекція тривожного стану та страху у зв'язку із травмівними подіями).



Рис. 1. - Мотив «Луки» дев'ятирічної А. Проекція образу теплої матері.

Холодна матір у мотиві «Луки» діагностується через образи зимної погоди, наявність снігу та криги на луках, жорстку траву, неприємну на дотик землю, незатишного стану клієнта (тривожність, страх), неможливість ресурсного розслабленого стану на луках, наявність вороже налаштованих об'єктів тощо.

Восьмирічний В. переселений із зони АТО у липні 2014 року разом зі своєю мамою та бабусею. Хлопчик був свідком бойових дій і бачив поранених людей. Проходив серію психотерапевтичних зустрічей на пункті тимчасового перебування внутрішньо переміщених осіб. На контакт з психологом йшов насторожено, емоційні прояви були збіднені, говорив неохоче та односкладно. Мотив «Луки» від самого початку були просякнуті відчуттям напруги та небезпеки, свою власну постать хлопчик не уявив зовсім. За мірою розвитку імагінації, на луках з'явилися дракони, які загрожували знищенням усього живого. Вони поводити себе неблаганно, експансивно та непередбачувано. Уявляючи образ, В. спокійно поставився до такого розвитку подій. Говорив про те, що йому подобається ця фантазія і не виникало бажання щось трансформувати у образі.



Рис. 2. - Мотив «Луки» восьмирічного В. Проекція образу холодної матері.

Непередбачувана матір діагностується через суперечливі образи уявленого та зображеного: в цілому сприятливі луки можуть бути насичені неприємними або небезпечними об'єктами, супроводжуватись пригніченим, тривожним станом клієнта,

неможливістю уявити себе, розслабитись на луках, контактувати з травою та землею, може виникати стан задухи або недостачі простору, невідповідний одяг до погодних умов, можуть бути місця, до яких неможливо підійти тощо.

Дев'ятирічний С. був переселений зі сходу у вересні 2014 року разом з усією родиною. Хлопчик чув звуки обстрілів, але не був свідком відкритих бойових дій. Проходив серію психотерапевтичних зустрічей з психологом у місці тимчасового проживання (гуртожиток). На контакт з психологом йшов охоче, висловлював зацікавленість подібною роботою. Разом з тим поводив себе гіперактивно та відчужено, уникав розмов про нього (настрій, вподобання, події життя, особливості стосунків з рідними тощо), мав складнощі у висловлюванні своїх почуттів. Мотив «Луки», в цілому уявлялися хлопчику доволі сприятливими: тепла літня погода, зелена трава, позитивні відчуття. Та за мірою розвитку імагінації, все більш чітко проявлялася тривога та напруженість хлопчика: трава виявилась жорсткою, на якій не можливо було сісти чи лягти, з'явилися різні комахи, які становили загрозу. У С. виникло бажання покинути луки якнайшвидше. Намалювати уявлене хлопчик намагався швидко, без особливого бажання це робити. На рисунку бачимо недомальовані об'єкти – дерево (справа) та постать С. (по центру).



Рис. 3. - Мотив «Луки» дев'ятирічного В.. Проекція образу непередбачуваної матері.

Результат спостереження за почуттями перенесення та контрперенесення, а також та результат аналізу характеристик материнського об'єкту ми позначали у спеціальному бланку. У

бланку ми вирізнили типові якості материнського об'єкту та його типові символічні репрезентації в уявних імагінаціях. Крім того, у цьому ж бланку, можна було доповнювати ще ті феномени, які спостерігалися у почуттях чи символічних проявах додатково.

Отже, спостерігаючи за почуттями перенесення та конрперенесення, аналізуючи символічне відображення материнського об'єкту, ми мали змогу суттєво доповнити дані спостереження за зовнішніми проявами дітей та дані анкетування. Крім того, ми мали можливість комплексно розглянути ті характеристики стосунків, які виникали між психотерапевтом та дітьми з вимушено переселених родин, детально вивчаючи характеристики первинного об'єкту, надалі порівнюючи їх з типологією прив'язаності та даними анкетування. *Детальний якісний аналіз та порівняння даних, в цілому, дав нам комплексне розуміння того, з яким феноменом ми маємо справу у стосунках, як будувати взаємини у зв'язку з цим та як допомогти дітям вибудувати процес подолання наслідків кризових обставин.*

Перейдемо до розгляду даних проведеного дослідження. За даними спостереження за проявами дітей, переважна кількість дітей під час контакту проявляла ознаки ненадійного зв'язку (72%): унікаючого (46%) та амбівалентного типів прив'язаності (26%). Найбільш типовими проявами дітей з *унікаючим* зв'язком були: емоційна нейтральність, унікаюча поведінка, сухе, односкладне мовлення, відсутність прямого контакту очей, прагнення уникати тривалого контакту. З амбівалентним типом прив'язаності діти у переважній більшості проявляли: тривожність, настороженість, різка зміна прихильної поведінки відстороненою. Дітей з безпечним (надійним) типом прив'язаності означилось 28%. Для них характерно: вільний прояв дружніх почуттів, ввічливість, довіра, цікавість до психолога, прямий контакт очей, зосередженість на контакті.

Подальший наш аналіз був спрямований на те, щоби з'ясувати яка природа даного розподілу: чи ці діти мали порушені стосунки у ранньому дитинстві чи, можливо, кризові обставини спровокували руйнацію надійних стосунків. Як зазначається у «Багатоосьовій системі класифікації психічних розладів у дітей та підлітків» [23], не лише травмівна поведінка батьків, а й негативні суспільні фактори, такі як, наприклад, міграція і звикання до нових

соціальних обставин можуть ставати причиною порушення прив'язаності.

Аналіз даних анкетування не дало суттєвого прояснення. З'ясувалося, що лише 15% респондентів, діти яких мали ненадійний зв'язок з оточуючими, вирізнили наявність причин, що могли мати вплив на порушення стосунків. Як, правило, називали ранній вихід матері на роботу (до шестимісячного віку дитини), втрату улюбленої людини, алкоголізм або вживання наркотиків одного з членів родини, постійна зміна осіб, які доглядають за дитиною, тривале перебування дитини у лікарні, раптове, вимушене переселення зі звичного місця проживання. Досліджувані, як правило, не могли вирізнити чинників, що стосувалися психо-емоційних зв'язків у родині: брак теплоти у родинних стосунках, порушення емоційного зв'язку матері та дитини, тривожність, ворожість поведінки найближчих споріднених для дитини осіб (як правило, матері). Не вирізняли, також, чинників, що стосуються несприятливих відтінків стосунків первинних об'єктів з дитиною: надмірна опіка, порушення емоційних та фізичних меж дитини, надмірний контроль або його брак, байдужість, незацікавленість у контакті, обмеження пізнавальної активності дитини через тривогу матері тощо. В цілому, можна констатувати, що більшість досліджуваних батьків не пам'ятали ніяких детальних обставин раннього розвитку дітей. Такі результати можуть свідчити про те, що існує ймовірність відсутності навички у дорослих аналізувати особливості своїх стосунків з оточуючими, звичкою витісняти неприємні відтінки взаємин. З іншого боку, треба брати до уваги, що респонденти знаходились у кризових обставинах, і витіснення могло стосуватися чинником дії психотравми, яка буквально сприяла блокуванню доступу до тих спогадів, що стосувались життя до військового конфлікту та вимушеного переселення.

Аналіз даних бланку спостереження за почуттями перенесення, контрперенесення та символічною репрезентацією характеристик об'єкту матері показав, що у переважної більшості дітей з ненадійною прив'язаністю наявні порушення стосунків з материнським об'єктом (61%). Так, такі діти, як правило, мали негативне перенесення на психотерапевта, в якому панували почуття настороженості, відстороненості, тривоги. Почуття контрперенесення були теж доволі тяжкими: відстороненість,

тривожність, безсилля тощо. «Луки» таких дітей були насичені конфліктним змістом, який репрезентував порушення психо-емоційного зв'язку з матір'ю.

У 11 % дітей з ненадійною прив'язаністю не виявилось порушень ні на образному рівні, ні на рівні почуттів перенесення та контрперенесення. Якості материнського об'єкту таких дітей були цілком сприятливі і свідчили про надійність та ресурсність. З огляду на це, можемо зробити висновки, що фактори перебування дітей у зоні гострого воєнного конфлікту та вимушеного переселення зіграли вирішальну роль у порушенні прив'язаності. Поглиблена бесіда з батьками цих дітей, показала, що дійсно, діти дещо змінили свою типову поведінку у стосунках після травматичних подій. Усі 11% дітей проявляли ознаки унікаючого типу прив'язаності.

У дітей з надійною прив'язаністю (28%) почуття перенесення, контрперенесення, символічні репрезентації материнського об'єкту мали позитивний зміст, що в цілому підтверджує теорію, викладену нами вище. Відповідно, успішно долались кризові обставини цими дітьми і вони добре адаптувалися до нових соціальних умов. Стосунки з такими дітьми легко встановлювались і мали позитивний прогноз.

У дітей з порушеною прив'язаністю були складнощі у встановленні стосунків з усіма фахівцями, що працювали з ними. Діти з унікаючим типом прив'язаності у стосунках були надмірно замкнуті, малослівні, прагнули до якнайшвидшого завершення контакту. У психотерапевтичній групі вони, як правило, не проявляли себе, мовчки виконуючи вправи або ж зовсім відсторонюючись від процесу. Діти з амбівалентним типом прив'язаності були більш привітними і прагнули до зв'язку з оточуючими, але поводитись занадто обережно, тривожно, насторожено, боячись виявити свої справжні почуття. Відповідно, діти з ненадійною прив'язаністю менш ефективно справлялись з кризовими обставинами і мали більше негативних проявів через надмірний стрес.

З огляду на це, нашими завданнями у психотерапевтичному процесі були підтримка хороших стосунків та позитивних тенденцій відновлення у дітей з надійним типом прив'язаності та побудова надійних стосунків з дітьми, що мали порушення прив'язаності. Оскільки такі порушення мали, як правило, доволі глибоку

причину і посилюються або виникли у зв'язку з втратою відчуття надійності об'єкту через надмірний стрес, то основною нашою стратегією було створення надійного, безпечного, сприятливого середовища та побудова стосунків з дітьми через об'єкт достатньо хорошої матері.

Узагальнюючи практичний досвід, вдалося вирізнити *основні умови*, якими варто керуватися у взаємодії з дітьми, що перебувають у кризових обставинах, для відновлення надійних стосунків та забезпечення процесів самовідновлення та самоцілення маленьких клієнтів: *безпечність, константність, ритмічність, послідовність, передбачуваність, панування атмосфери поваги*. Саме ці умови стосунків важливі для трансформації порушеного первинного об'єкту, оскільки вони пов'язані з рисами достатньо хорошої матері.

Безпечність – це базова умова для початку зцілення дітей, оскільки загроза (реальна чи уявна) є тяжким фактором, який спричиняє повторні переживання стресових станів, що, у свою чергу, негативно позначається на процесі відновлення психіки. *Відчуття базової безпечності* – образ, на основі якого можливий здоровий розвиток та функціонування душевного життя і який формується у результаті стосунку первинних об'єктів з дитиною на ранніх етапах її розвитку. Образ цей складається з основних тілесних відчуттів, почуттів, інтенцій, подальших фантазій тощо стосовно первинних вражень немовля від стосунків з матір'ю та іншими близькими дорослими, які здійснюють холдінг. У сприятливому варіанті сформованості *відчуття базової безпечності* сприймається людиною як *довіра, вітальність, впевненість, глибинний спокій, надійність, стабільність, віра, любов, ірраціональність, радість тощо*. Негативний досвід стосунків на ранніх етапах розвитку та травмування сприяє розвитку регресивних процесів дитини, оскільки світ стає занадто загрозливим. І, якщо відчуття базової безпечності збережено, то дитина легко та самостійно, спираючись на глибинні вітальні образи, справляється з травмою. Саме тому психотерапевт має особливо ретельно поставитись до власних відчуттів внутрішньої безпеки, щоби мати можливість транслювати образ надійного сталого об'єкту для травмованих дітей (достатньо хорошої матері). Якщо фахівець так само перебуває у тяжких травмівних обставинах або не відновився після них, переживає наслідки дістресу, йому буде

складно формувати сприятливі психотерапевтичні стосунки. Діти будуть відчувати стан психотерапевта, який може лише поглибити несприятливі процеси у них. Таким чином, перша умова сприятливих стосунків забезпечується врівноваженим станом фахівця і усвідомленням його значення у процесі психологічної допомоги у кризових обставинах.

Наступна умова сприятливих стосунків пов'язана з забезпеченням *константності та ритмічності* у взаємодії, які є надзвичайно важливими для встановлення надійного зв'язку з дитиною та подолання наслідків тяжкого стресу у постраждалих. *Константність* полягає у створенні відносно однорідних та постійних умов, в яких відбуваються стосунки. Так, важливо, щоб діти не змінювали місця свого перебування хоча б протягом місяця, щоб з ними працювали одні і ті ж самі психотерапевти, щоб з ними контактували одні і ті самі люди, щоб день у день повторювались звичні для дітей види діяльності. *Ритмічність* середовища досягається через визначений режим діяльності дітей, який має бути простим і зрозумілим та чіткий і постійний графік занять з психотерапевтом. Психотерапевту бажано обирати визначену групу дітей, яку він буде супроводжувати протягом певного часу. Про все це слід проінформувати дітей – вони мають знати, в які дні, і в який час їх відвідуватиме психотерапевт.

Послідовність та передбачуваність стосунків є базовими умовами для відновлення плинності внутрішнього життя дітей, довірчого ставлення до інших. Послідовність та передбачуваність досягаються через забезпечення постійного та логічно вивіреного соціального, медичного та психологічного супроводу дітей з внутрішньо переміщених родин. Якщо це можливо, психолог має чітко спланувати тривалість роботи з дітьми, етапи, зміст та основні прийоми психологічної допомоги. Варто повідомити дітям про сенс взаємодії з психологом за умов переживання стресових обставин, розповісти про форми роботи з ними, про тривалість та періодичність зустрічей. Якщо психолог працює з групою дітей, необхідно сприяти збереженню її сталого складу. Протягом усього часу психологічної роботи з дітьми варто уникати різкої, частой зміни подій у їхньому житті. Хочеться особливо наголосити на цьому, оскільки в реальних умовах нашої роботи спостерігалась хаотична і перенасичена подіями організація життєдіяльності дітей

волонтерами, що, звісно, спричиняє додатковий стрес для психіки. Так, кожного дня дітям пропонувалися надмірна кількість розваг, подарунків, поїздок, занять, взаємодій з різними незнайомими дорослими тощо.

Панування атмосфери поваги [7] є ключовим моментом для відновлення природніх компенсаторних механізмів дитячої психіки. Саме прояви поваги стосовно дітей, а не жалість, надмірне опікування чи посилена увага є терапевтичним підґрунтям здорового функціонування психіки людини. Ставлення з *повагою* до дитини забезпечує низку важливих послань, які відчутно відображаються у її свідомості, – любов до дитини, інтерес до її світу, підкреслення важливості кожного учасника процесу стосунків, вирізнення у діалозі психологічних кордонів дитини, надання свободи вибору, довіра та увага до почуттів, поведінки та висловлювань дитини, віра в її власні сили, оптимізм, рівноправність, толерантність та ін.. Усі ці послання, які засвоюються дитиною під час подолання кризових обставин, сприяють не лише відновленню надійних зв'язків зі світом, відновленню її психоемоційного стану, а й закладають основи успішної особистості.

Ставлення ж фахівців до дітей з іншими відтінками позначається на результаті їхньої роботи і можуть блокувати доступ дитини до формування надійних зв'язків і, відповідно, її природніх механізмів саморегуляції. Так, наприклад, значна кількість волонтерів, слідуючи своїм почуттям контрперенесення і підтверджуючи проєктивні очікування дітей, проявляли риси *поганої матері* (хаотичність, емоційна дистанційованість, відстороненість від справжніх переживань дітей тощо) або *занадто хорошої матері* (гіперопіка, надмірна увага, жалісливість, тривожність тощо). Відчуваючи таке ставлення, діти не мали умов для трансформації первинного об'єкту і швидше формували образ жертви, яка пасивно очікує допомоги, а не прагне до активного виходу з ситуації.

Наведемо приклад формування надійних стосунків з дівчиною-переселенкою, яка мала ознаки порушення прив'язаності:

Дев'ятирічна К. була переселена із зони АТО у червні 2014 року разом з бабусею. Вона була очевидцем обстрілів та бомбардувань. Відвідувала серію групових зустрічей з психологом у

пункті тимчасового перебування. У контакті з психологом поводитись емоційно нейтрально, говорила неохоче, відсторонено, на зустрічі приходила кожного разу, але без особливого ентузіазму, часто приймала закриту тілесну позу (перехрещені руки та ноги), намагалася скоротити тривалість діалогу, не дивилася у очі під час розмови. В цілому, таку прояви свідчили про уникаючий тип прив'язаності у К.. Анкетування батьків не виявило особливих несприятливих чинників розвитку дитини, але контакт з мамою дівчинки теж мав доволі «сухі», малоемоційні відтінки. На рівні почуттів контрперенесення дівчинка викликала напруження і тривогу, хотілося уникати тривалих розмов з нею, зайвий раз «не чіпати». У образі «Луки» проявилися ознаки холодної матері – покриті кригою та снігом; дівчинка прагнула швидко закінчити імагінацію. Основною стратегією у встановленні більш теплых, надійних стосунків з К. було створення безпечного середовища через константність і ритмічність ряду зустрічей, витримку та сталість фігури психотерапевта та через суто психотерапевтичні техніки: застосування імагінативної психотехніки «Улюблена тварина у безпечному місці». Вирішальним же у стосункам з цією дівчинкою було утримання психотерапевтом почуття поваги до її проявів небажання вступати у контакт чи ділитися почуттями або чимось особистим. Саме привітне визнання психотерапевтом такої стратегії у взаємодії з оточуючими та утримання виміру можливості змінити тактику поведінки тоді, коли це стане можливим, помітно знизили тривогу К. і в цілому запустили процеси потепління у стосунках. На п'ятій зустрічі дівчинка обрала психотерапевта для вправи «Листівка для друга». Потрібно було створити листівку (намалювати її та написати якесь коротке послання) для того, кого ти обрав для цієї вправи. Це був шанс для налагодження більш тісної прив'язаності. Так і сталося. Дівчина намалювала листівку з котиком (цікаво, що у образі «Улюблена тварина у безпечному місці» була саме ця тварина) і зробила такий підпис «Привет для друга. М'яу-мур!». І хоча листівку дівчинка передавала без особливих коментарів та почуттів, але все ж це був поворотний момент у стосунках. Саме після цієї зустрічі покращилася загальна негативна симптоматика дівчинки через травмування: поганий сон, зниження апетиту, відчуженість.



Рис. 4. - Мотив «Улюблена тварина у безпечному місці» дев'ятирічної К..

На наступних зустрічах К. поводити себе ще децю відсторонено, але все-таки більш приязно: все частіше можна було побачити її посмішку, вона охоче виконувала групові вправи, а після сьомої зустрічі залишилась з дівчатками щоби додатково намалювати щось для психотерапевта. Це був малюнок дерева, яке росло вже на зелених луках. Поступово стосунки з К. все більш набували рис надійності. Паралельно з цим, кращали її стосунки з однолітками, знижувався рівень загальної тривоги, покращувалась негативна симптоматика, яка виникла через надмірний стрес. Змінювались також почуття контрперенесення щодо неї – виникло бажання більш тривалих діалогів з нею, відчувалося більше розслаблення у контакті та почуття спокою. На останній зустрічі К. висловила побажання про те, щоб такі групові зустрічі повторилися ще. В цілому, такі змін у стані та проявах дівчинки свідчили про тенденцію формування у неї більш тісних зв'язків у стосунках.

Отже, створюючи умови для відновлення надійних стосунків з дітьми, що зазнали травмування через вимушене переселення, ми не лише сприяли трансформації первинного об'єкту і відновленню

відчуття безпечності, а й закладали основи для успішного подолання самими постраждалими негативних наслідків кризових обставин.

Висновки і перспективи подальших досліджень. Таким чином, стосунки у просторі психотерапії є надзвичайно важливим феноменом. Той тип стосунків, який складається чи не складається у психотерапевтичному просторі, розкриває історію розвитку взаємин клієнта з первинними об'єктами, прогнозує стратегію та перебіг процесу психологічної реабілітації. Крім того, зміст та якість взаємин вказує на те, яким чином клієнт вибудовує стосунок у соціальному просторі взагалі та з кризовими обставинами зокрема. Труднощі у встановленні надійних стосунків психотерапевта з клієнтом вказують на доволі глибоке комплексне порушення у останнього, основа якого закладається у ранньому дитинстві та може посилюватись кризовими обставинами. Відповідно, працюючи над якістю стосунків у просторі психотерапії, встановлюючи надійний, безпечний зв'язок з клієнтом, психотерапевт сприяє глибинній, комплексній психологічній реабілітації постраждалого від кризових обставин.

Основними умовами, якими варто керуватися у взаємодії з дітьми, що перебувають у кризових обставинах, для відновлення надійних стосунків та забезпечення процесів самовідновлення та самозцілення маленьких клієнтів є: безпечність, константність, ритмічність, послідовність, передбачуваність, панування атмосфери поваги. Саме ці умови стосунків важливі для трансформації порушеного первинного об'єкту, оскільки вони пов'язані з рисами достатньо хорошої матері.

Список використаних джерел

1. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей / Джон Боулби – М.: Академический проект, 2004. – 232с.
2. Бріш К.Г. Розлади прив'язаності від теорії до терапії. Посібник./ Карл Гайнц Бріш – Львів: 2012. – 314 с.
3. Бубер М. Я и ты / Мартин Бубер – М. 1993. – 82 с.
4. Бурменская Г. В. Привязанность ребенка к матери как основание типологии развития/Г.В. Бурменская//Вестник Московского университета, серия 14. Психология, 2009. - №4.
5. Бьюдженталь Дж. Наука быть живым/Джеймс Бьюдженталь – М.: Класс, 1999.

6. Винникотт Д. В. Маленькие дети и их матери; [пер. с англ. Н.М. Падалко] / Дональд Винникотт — М.: Независимая фирма «Класс», 2007. — 80 с. — (Библиотека психологии и психотерапии);
7. Гребінь Л.О. Феномен поваги/неповаги як соціокультурний чинник надання психотерапевтичної допомоги в структурно-психодинамічному підході / Людмила О. Гребінь // Методичні рекомендації щодо врахування соціокультурних чинників в теорії та практиці психотерапевтичної допомоги особистості. – К., 2013 – с. 117-137
8. Кісарчук З.Г. Поняття «криза», «стрес», «психотравма», «посттравматичний стресовий розлад»/Зоя Кісарчук// Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник/ З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос та ін.; за ред. З.Г. Кісарчук. – К.: ТОВ «Видавництво «Логос»., 2015. – с. 8-11;
9. Кісарчук З.Г., Омельченко Я.М. Специфіка перебігу кризових станів, психотравми та посттравматичного стресового розладу у дітей/ Зоя Кісарчук, Яніна Омельченко// Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, І.М. Біла ... Г. П. Лазос ; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. , 2016. – с.9-21;
10. Кляйн М. Зависть и благодарность. Исследование бессознательных источников / Мэлани Кляйн. — СПб.: Б. С. К., 1997. — 96 с.
11. Лейнер Х. Кататимное переживание образов / Ханскарл Лейнер – М.: Эйдос, 1997. – 286 с.
12. Малер М. Психологическое рождение человеческого младенца: Симбиоз и индивидуация; [Пер. с англ.] / Маргарет Малер, Фред Пайн, Анни Бергман - М. : Когито-Центр, 2011. - 413 с. - (Библиотека психоанализа)
13. Омельченко Я.М. Значення стосунків психотерапевта з дітьми, що перебувають у кризових обставинах через вимушене переселення/ Яніна Омельченко// Актуальні проблеми психології. Т.ІІІ: Консультативна психологія та психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України/ За ред.. С.Д. Максименка. - Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – К.: Логос, 2015. – Вип.11. Консультативна психологія і психотерапія. – с. 52-73
14. Омельченко Я.М. Значення стосунків у ранньому дитинстві для формування стресостійкості/ Яніна Омельченко// Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, І.М. Біла ... Г. П. Лазос ; за ред. З. Г. Кісарчук. – К., 2016. – с.21-33;

15. Омельченко Я.М. Роль первинних об'єктів у процесі формування внутрішнього алгоритму подолання кризової ситуації/ Яніна Омельченко// Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник/ З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос та ін.; за ред. З.Г. Кісарчук. – К.: ТОВ «Видавництво «Логос»., 2015. – с. 15-26;
16. Психоаналитические термины и понятия: словарь / [ред. Барнесса Э. Мура, Бернанда Д. Файна; перев. с англ. А. М. Баковикова, И. Б. Гриншпуна, А. Фильца]. -М.: Независимая фирма «Класс», 2000. — 304 с.;
17. Психологическая помощь в кризисных ситуациях [Электронный ресурс]/ Режим доступа: <http://www.amerahi.ru/articles/index.php?article=21> – название с экрана;
18. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос [та інш.]; за заг. ред. З.Г. Кісарчук. - К.: ТОВ «Видавництво «Логос»». – 207 с.;
19. Пупирьева Е.В. В настоящее время широко исследуются три основные типа привязанности, выделенные Эйнсворт [Электронный ресурс]/ Режим доступа : [http : // psinovo.ru/stati/v_nastoyashee_vremya_shiroko_issleduiutsya_tri_osnovnie_tipa_privyazannosti_videlennye_ejnsvort_nadezhnaya.html](http://psinovo.ru/stati/v_nastoyashee_vremya_shiroko_issleduiutsya_tri_osnovnie_tipa_privyazannosti_videlennye_ejnsvort_nadezhnaya.html) - название с экрана;
20. Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період: метод. рек. / Н.П. Бочкор, Є.В. Дубровська, О.В. Залеська та ін. – Київ: МЖПЦ «Ла Страда-Україна», 2014. – 84 с.
21. Соціокультурні чинники становлення сучасної парадигми психотерапевтичної допомоги особистості : монографія / [З.Г. Кісарчук, Л.О. Гребінь, Т.С. Гурлева та ін.] ; за ред. З.Г. Кісарчук. — Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2012. — 276 с.
22. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции / Зигмунд Фрейд. — М.: Наука, 1989. — 456 с.
23. Remschmidt H. & Schmidt M.H. (Hrsg.) (1994). Multiaxiales Klassifikationsschema fur psychische Storungen des Kindes-und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Heber.

References transliterated

1. Boulbi Dzh. Sozdanie i razrushenie emocionalnyx svyazej / Dzhon Boulbi – m.: akademicheskij proekt, 2004. – 232s.
2. Brish K.G. Rozladi priv'yazanosti vid teorii do terapii. posibnik./ Karl Gajnc Brish – lviv: 2012. – 314 s.

3. Buber M. Ya i ty / Martin Buber – M. 1993. – 82 s.
4. Burmenskaya G. V. Privyazannost rebenka k materi kak osnovanie tipologii razvitiya/g.v. burmenskaya//Vestnik moskovskogo universiteta, seriya 14. psixologiya, 2009. - №4.
5. Byudzhental Dzh. Nauka byt zhivym/Dzhejms Byudzhental – M.: Klass, 1999.
6. Vinnikott D. V. Malenkie deti i ix materi; [per. s angl. n.m. padalko] / Donald Vinnikott — M.: Nezavisimaya firma «Klass», 2007. — 80 s. — (biblioteka psixologii i psixoterapii);
7. Grebin L.O. Fenomen povagi/nepovagi yak sociokulturnij chinnik nadannya psixoterapevtichnoï dopomogi v strukturno-psixodinamichnomu pidxodi / Lyudmila O. Grebin // Metodichni rekomendacii shhodo vraxuvannya sociokulturnix chinnikov v teorii ta praktici psixoterapevtichnoï dopomogi osobistosti. – K., 2013 – s. 117-137
8. Kisarchuk Z.G. Ponyattya «kriza», «stres», «psixotravma», «posttravmatichnij stresovij rozlad»/Zoya Kisarchuk// Psixologichna dopomoga postrazhdalim vnaslidok krizovix travmatichnix podij: metodichnij posibnik/ Z.G. Kisarchuk, Ya.M. Omelchenko, C.P. Lazos ta in.; za red. Z.G. Kisarchuk. – K.: Tov «Vidavnictvo «Logos», 2015. – s. 8-11;
9. Kisarchuk Z.G., Omelchenko Ya.M. Specifika perebigu krizovix staniv, psixotravmi ta posttravmatichnogo stresovogo rozladu u ditej/ Zoya Kisarchuk, Yanina Omelchenko// Psixologichna dopomoga dityam u krizovix situaciyax: metodi i texniki: metodichnij posibnik / Z. G. Kisarchuk, Ya. M. Omelchenko, I.M. Bila ... G. P. Lazos ; za red. Z. G. Kisarchuk. – K. , 2016. – s.9-21;
10. Klyajn M. Zavist i blagodarnost. issledovanie bessoznatelnyx istochnikov / Melani Klyajn. — Spb.: B. S. K., 1997. — 96 s.
11. Lyojner X. Katatimnoe perezhivanie obrazov / Xanskarl Lejner – M.: Ejdos, 1997. – 286 s.
12. Maler M. Psixologicheskoe rozhdenie chelovecheskogo mladenca: simbioz i individuaciya; [per. s angl.] / Margaret Maler, Fred Pajn, Anni Bergman - M. : Kogito-centr, 2011. - 413 s. - (biblioteka psixoanaliza)
13. Omelchenko Ya.M. Znachennya stosunkiv psixoterapevta z ditmi, shho perebuvayut u krizovix obstavinax cherez vimushene pereselennya/ Yanina Omelchenko//Aktualni problemi psixologii. t.iii: konsultativna psixologiya ta psixoterapiya: zbirnik naukovix prac Institutu psixologii imeni G.S. Kostyuka NAPN Ukraïni/ za red.. S.D. Maksimenka. - Institutu psixologii imeni G.S. Kostyuka NAPN Ukraïni. – k.: logos, 2015. – vip.11. konsultativna psixologiya i psixoterapiya. – s. 52-73
14. Omelchenko Ya.M. Znachennya stosunkiv u rannomu ditinstvi dlya formuvannya stresostijkosti/ Yanina Omelchenko// Psixologichna

- dopomoga dityam u krizovix situaciyax: metodi i texniki: metodichnij posibnik / Z. G. Kisarchuk, Ya. M. Omelchenko, I.M. Bila ... G. P. Lazos ; za red. Z. G. Kisarchuk. – K., 2016. – s.21-33;
15. Omelchenko Ya.M. Rol pervinnix ob'ektiv u procesi formuvannya vnutrishnogo algoritmu podolannya krizovoi situacii/ Yanina Omelchenko// Psixologichna dopomoga postrazhdalim vnaslidok krizovix travmatichnix podij: metodichnij posibnik/ Z.G. Kisarchuk, Ya.M. Omelchenko, G.P. Lazos ta in.; za red. Z.G. Kisarchuk. – K.: Tov «Vidavnictvo «Logos», 2015. – s. 15-26;
 16. Psixoanaliticheskie terminy i ponyatiya: slovar / [red. barnessa e. mura, bernanda d. fajna; perev. s angl. a. m. bakovikova, i. b. grinshpuna, a. filca]. -M.: Nezavisimaya firma «Klass», 2000. —304 s.;
 17. Psixologicheskaya pomoshh v krizisnyx situaciyax [elektronnyj resurs]/ Rezhim dostupa: <http://www.amerahi.ru/articles/index.php?article=21> – nazvanie s ekrana;
 18. Psixologichna dopomoga postrazhdalim vnaslidok krizovix travmivnix podij: metodichnij posibnik / Z.G. Kisarchuk, Ya.M. Omelchenko, G.P. Lazos [ta insh.]; za zag. red. Z.G. Kisarchuk. - K.: Tov «Vidavnictvo «Logos»». – 207 s.;
 19. Pupireva e.v. v nastoyashhee vremya shiroko issleduyutsya tri osnovnye tipa privyazannosti, vydelennye ejnsvoit [elektronnyj resurs]/ rezhim dostupa:http://psinovo.ru/stati/v_nastoyashee_vremya_shiroko_issleduyutsya_tri_osnovnye_tipa_privyazannosti_videlennye_ejnsvoit_nadezhnaya.html - nazvanie s ekrana;
 20. Socialno-pedagogichna ta psixologichna robota z ditmi u konfliktnij ta postkonfliktnij period: metod. rek. / N.P. Bochkor, E.V. Dubrovskaya, O.V. Zaleskaya ta in. – Kiiv: Mzhpc «La strada-ukraïna», 2014. – 84 s.
 21. Sociokulturni chinniki stanovlennya suchasnoi paradigmi psixoterapevtichnoi dopomogi osobistosti : monografiya / [Z.G. Kisarchuk, L.O. Grebin, T.S. Gurleva ta in.] ; za red. Z.G. Kisarchuk. — Kirovograd: Imeks-Ltd, 2012. — 276 s.
 22. Frejd Z. Vvedenie v psixoanaliz: lekcii / Zigmund Frejd. — M.: Nauka, 1989. — 456 s.
 23. Remschmidt H. & Schmidt M.H. (hrsg.) (1994). Multiaxiales klassifikationsschema fur psychische storungen des kindes-und jugendalters nach icd-10 der who. bern: heber.

Omelchenko Y. M. Proceeding in the safe relations of psychotherapist is with the children of the inwardly moved families. The article thightlights the importance of reliable relationship for the process of psychological rehabilitation of children who have suffered injury amid

forced relocation from areas of combat operations. The paper presents results of the knowledge integration about the basic types of attachment among children, the quality of primary object, on that basis, specifies relations and estimates the possibility to overcome the negative effects of excessive stress factors. It has been determined the specificity of methods of research of relationship with children who are in crisis situations and presented the results of the study. Basic conditions for establishing reliable relationship with children who are in crisis situations have been studied.

Keywords: crisis circumstances, therapeutic relationship, safe (secure) attachment, avoiding (insecure) attachment, ambivalent (insecure attachment), good enough mother, bad mother, too good mother, transference and countertransference feeling, managing the negative effects of crisis circumstances, the renewal of reliable relations, the symbolic transformation of the image of the primary object

Відомості про автора

Омельченко Яніна Миколаївна, кандидат психологічних наук, провідний науковий співробітник, Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, м. Київ, Україна.

Omelchenko Yanina, PhD, Leading researcher, G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the NAPS of Ukraine, Kiev, Ukraine.

yana_omelchenko@mail.ru

РЕФЕРАТ

Омельченко Я.М.

Відновлення безпечних стосунків психотерапевта з дітьми внутрішньо переміщених родин

На сьогоднішній день, можна впевнено говорити про те, що у нашому суспільстві тривають хронічні кризові обставини через масові заворушення та соціально-економічну нестабільність. Однією із вразливих категорій населення, яка підпадає під вплив кризових обставин у суспільстві, є діти. Вони достатньо гостро сприймають події, які змінюють константність, надійність, безпечність оточуючого середовища та спричиняють різку динаміку їх психо-емоційних зв'язків з дорослими. Діти часто не можуть

відкрито обговорювати те, що їх турбує, особливо коли мова йде про травмівні, кризові обставини. Вивчаючи феномен стосунків психотерапевта з дітьми, що потерпають від кризових обставин, ми маємо змогу більш чітко зрозуміти стан дитини та її налаштованість до світу, а головне, означити ефективні шляхи встановлення зцілюючих стосунків у просторі психологічної допомоги. Той тип стосунків, який складається чи не складається у психотерапевтичному просторі, розкриває історію розвитку взаємин клієнта з первинними об'єктами, прогнозує стратегію та перебіг процесу психологічної реабілітації. Крім того, зміст та якість взаємин вказує на те, яким чином клієнт вибудовує стосунок у соціальному просторі взагалі та з кризовими обставинами зокрема. Труднощі у встановленні надійних стосунків психотерапевта з клієнтом вказують на доволі глибоке комплексне порушення у останнього, основа якого закладається у ранньому дитинстві та може посилюватись кризовими обставинами. Відповідно, працюючи над якістю стосунків у просторі психотерапії, встановлюючи надійний, безпечний зв'язок з клієнтом, психотерапевт сприяє глибинній, комплексній психологічній реабілітації постраждалого від кризових обставин.

Ключові слова: кризові обставини, психотерапевтичні стосунки, безпечна (надійна) прив'язаність, уникаюча (ненадійна) прив'язаність, амбівалентна (ненадійна прив'язаність), достатньо хороша матір, погана матір, занадто хороша матір, почуття перенесення та контрперенесення, подолання негативних наслідків кризових обставин, відновлення надійних стосунків, символічна трансформація образу первинного об'єкту

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМ ОСОБАМ

Плєскач Б. В. , Уркаєв В. С. Соціально-психологічні аспекти психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам. У статті представлено результати дослідження впливу ідентифікації «клієнт – психотерапевт», яка є складовою психотерапевтичних процесів, на розвиток української ідентичності у внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та на сприйняття ними представників української спільноти. Окремо досліджувався вплив соціокультурних атитюдів у ВПО на особливості їх соціокультурної адаптації. Показано, що процеси ідентифікації «клієнт – психотерапевт» сприяють розвитку у ВПО української ідентичності. Проте, не знайдено зв'язку між присутністю української ідентичності та типом соціокультурної адаптації. Показано, що психотерапевтичні стосунки позитивно впливають на адаптацію ВПО. Так, особи з ідентифікацією «клієнт – психотерапевт» більш довірливо сприймають представників українського населення, більш схильні до соціокультурної стратегії «асиміляція», виявляють готовність приєднатись до українського соціуму. Виявлено, що соціокультурні атитюди стосовно «типового українця» впливають на соціокультурну адаптацію ВПО. Так, образ українця як активного та ініціативного утруднював соціокультурну адаптацію за типом «інтеграція». Сприйняття ВПО української етнічної групи як «компетентної» сприяє соціокультурній адаптації за типом інтеграції та зменшує частоту використання стратегії «сепаратизм». Виявлено, що сприйняття «типового українця» як автономного пов'язано з адаптацією ВПО за типом «маргіналізація» та не сприяє формуванню української ідентичності. Надані рекомендації для ЗМІ щодо формування образу українця, який би сприяв кращій адаптації ВПО.

Ключові слова: соціокультурна ідентифікація, ідентифікація «клієнт – психотерапевт», внутрішньо переміщені особи (ВПО), соціокультурні атитюди, соціокультурна адаптація.

Плескач Б. В., Уркаев В. С. Социально-психологические аспекты психотерапевтической помощи внутренне перемещенным лицам. В статье представлены результаты исследования влияния идентификации «клиент-психотерапевт», которая является составной психотерапевтических процессов, на развитие украинской идентичности во внутренне перемещенных лиц (ВПЛ) и на восприятие ими представителей украинского общества. Отдельно исследовалось влияние социокультурных аттитудов в ВПО особенности их социокультурной адаптации. Показано, что процессы идентификации «клиент-психотерапевт» способствуют развитию у ВПО украинской идентичности. Однако не найдено связи между присутствием украинской идентичности и типом социокультурной адаптации. Показано, что психотерапевтические отношения положительно влияют на адаптацию ВПО. Так, лица с идентификацией «клиент-психотерапевт» более доверчиво воспринимают представителей украинского населения, больше склонны к социокультурной стратегии «ассимиляция», проявляют готовность присоединиться к украинскому социуму. Выявлено, что социокультурные аттитуды относительно «типичного украинца» влияют на социокультурную адаптацию ВПО. Так, образ украинца как активного и инициативного затруднял социокультурную адаптацию по типу «интеграция». Восприятие ВПО украинской этнической группы как «компетентного» способствует социокультурной адаптации по типу интеграции и уменьшает частоту использования стратегии «сепаратизм». Выявлено, что восприятие «типичного Украинский» как автономного связано с адаптацией ВПО по типу «маргинализация» и не способствует формированию украинской идентичности. Даны рекомендации для СМИ по формированию образа украинском, который бы способствовал лучшей адаптации ВПО.

Ключевые слова: социокультурная идентификация, идентификация «клиент-психотерапевт», внутренне перемещенных лица (ВПЛ), социокультурные аттитуды, социокультурная адаптация.

Постановка проблеми. Стратегічне завдання психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам

(ВПО) полягає в покращенні їх соціально-психологічної адаптації в новому місці проживання. Під час консультації психотерапевт працює як з травматизацією пов'язаною з причиною зміни місця проживання, так і з вторинним стресом, пов'язаним з пристосуванням до нового соціально-культурного оточення [6].

По причині активного інформаційного протистоянням суб'єктивне сприйняття ВПО (зі східних областей України та автономної республіки Крим) української етнічної групи може бути викривленим, мати негативне забарвлення, що негативно відображається на процесі адаптації та своєрідно проявляється в психотерапевтичних стосунках.

Метою дослідження є вивчення суб'єктивного сприйняття ВПО української етнічної групи, сприйняття психотерапевта як представника української етнічної групи в їх впливі на психотерапевтичні стосунки, власну ідентичність, особливості адаптації в новому середовищі проживання.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз форми надання інформації та її змісту в російськомовних ЗМІ показує, що ця інформація сприяє формуванню негативного сприйняття влади та її структур в Україні [2]. У відповідь, українські ЗМІ, надають інформацію з великим вмістом так званої «мови ворожнечі» (висловів, які загострюють суспільні протиріччя: міжетнічні, релігійні, політичні) в бік Росії та мешканців тимчасово окупованих територій [4]. Отже, по причині інформаційної війни ВПО можуть мати упереджене ставлення до україномовного місцевого населення. Крім того, місцеве населення може стереотипно сприймати ВПО. Наприклад, Т. Л. Нагорняк зазначає, що частина місцевого населення має в свідомості наступний соціальний портрет мігранта — «російськомовний сепаратист, що голосує за представників «Опозиційного блоку» і слухає Кобзона» [5, с. 39]. Така ситуація істотно ускладнює адаптацію ВПО оскільки створює перешкоди на шляху виникнення приналежності переселеної особи до українського суспільства. В нашому дослідженні ми розглянемо лише соціально-психологічну складову цих перешкод, яка проявляється під час надання ВПО психотерапевтичної допомоги.

В сучасних дослідженнях процес входження особи в нове культурне середовище вивчається в соціально-психологічній методології та розуміється як процеси ідентифікації з певними

групами (соціальними, етнічними, професійними). Адаптацію ВПО на новій території проживання ми розглядаємо як соціокультурну, оскільки види ідентичності у осіб, які проживають на тимчасово окупованих територіях, в прикордонних зонах та на основній території України — істотно розрізняються [3].

В залежності від того як в індивідуальному психологічному просторі людини поєднуються її рідна та нова культурні ідентичності розрізняються стратегії адаптації: інтеграція, асиміляція, сепаратизм та маргіналізація [9]. Стратегія інтеграції означає здатність зберігати базові основи рідної культури та засвоювати цінності та зразки поведінки нової. Асиміляція являє собою відмову від рідної культури та активне засвоєння нової культурної ідентичності, її норм та цінностей. Сепаратизм є збереженням старої культурної ідентичності при відкиданні будь яких взаємодій з новою культурою. Маргіналізацію слід розуміти як руйнування ідентифікації з рідною культурою (під впливом представників нової культури), яке об'єднується з неможливістю прийняти нову культуру (через дискримінацію її представниками).

Таким чином, успішність адаптації пов'язана зі здатністю особи (в нашому випадку ВПО), відносити себе (категоризувати та ідентифікувати) до певної соціальної групи, приймати для себе певні атрибути та розділяти їх з новою для себе соціальною групою (демонструючи в такий спосіб свою приналежність до групи та відчуючи себе приналежним). Іншою можливістю індивідуальної адаптації є збереження вже існуючої ідентичності при вмінні налагоджувати та підтримувати зв'язки з представниками нового середовища.

Проте, мало дослідженим залишається вплив сприйняття української етнічної групи на особливості ідентифікації себе як українця та соціокультурну адаптацію у ВПО.

Оскільки об'єктом нашого дослідження виступили ВПО, які отримували психотерапевтичну допомогу, слід також враховувати механізми за допомогою яких психотерапія сприяє соціокультурній адаптації. Згідно висловлювання Г. У. Солдатової психотерапевт в роботі з мігрантами виступає як посередник між різними культурами, чи більш точно, при роботі з ВПО, між різними соціокультурними середовищами [6, с. 4]. В цьому аспекті ми розуміємо простір психотерапії як своєрідну лабораторію, в якій

ВПО може взаємодіяти з новою соціокультурною дійсністю, представником якої є психотерапевт. Психологічні процеси які виникають в психотерапії, такі як міжособистісна ідентифікація клієнта з психотерапевтом, відіграють важливе значення в розвитку психотерапевтичних стосунків та в певній мірі дозволяють створювати ідентифікації з психотерапевтом як представниками нової соціокультурної дійсності.

В якості гіпотез, ми допускаємо, що:

1. сприйняття психотерапевта як представника української спільноти та процеси ідентифікації клієнта з психотерапевтом позитивно впливають на розвиток української культурної ідентичності у ВПО;
2. чим більшою є ідентифікація ВПО з українцем тим кращою є його соціокультурна адаптація;
3. в сприйнятті ВПО української етнічної групи присутні особливості (які потрібно розкрити) котрі негативно впливають на: сприйняття психотерапевта, здатність до міжособистісної ідентифікації ВПО з психотерапевтом, самоідентифікацію ВПО з українською етнічною групою, соціокультурну адаптацію.

Виклад основного матеріалу дослідження. Виходячи з гіпотез були обрані наступні методи дослідження:

1. Диференціал психосоціального розвитку В. А. Іл'їна. Учасникам дослідження пропонувалось оцінити себе, свого психотерапевта та типового українця на трьох окремих бланках методики В. А. Іл'їна (методика передбачає оцінку в системі координат із 30 антонімів). Отримані дані дозволяють:

а) охарактеризувати суб'єктивне сприйняття типового українця (української етнічної групи) та психотерапевта, здійснити діагностику проходження стадій психосоціального розвитку у ВПО. Оскільки, використання психосемантичних методів при вивченні етнічних стереотипів є відомий методологічний прийом, вважаємо, що використання методики В. А. Іл'їна для вивчення суб'єктивного сприйняття української етнічної групи є надійним та валідним методом [7];

б) оцінити міру в якій: психотерапевт сприймається в свідомості ВПО як типовий українець, клієнт з числа ВПО ідентифікує себе з психотерапевтом, клієнт ідентифікує себе з типовим українцем. Ці дані доступні на основі обчислення міри

схожості відповідей при оцінюванні суб'єктом самого себе та інших (психотерапевта, типового українця), за алгоритмом, запропонованим Т. С. Барановою [1, с. 75]. Цей метод активно використовується для вивчення соціальної ідентичності і для оцінки міри ідентифікації. Згідно з формулою такого розрахунку, максимальна ідентифікація складає 1 бал, максимальна відмінність 121 балів.

2. Методика семантичний диференціал в модифікації Т. С. Баранової. Кожному учаснику дослідження пропонувалось заповнити два бланки методики. В першому бланку потрібно було оцінити себе, в другому психотерапевта. Методика застосовувалась для вивчення особливостей стосунку «клієнт – психотерапевт». Як і в попередньому випадку на основі методики оцінювалась міра ідентифікації клієнта з психотерапевтом на основі використання алгоритму Т. С. Баранової.

3. Методика соціокультурної адаптації Дж. Беррі [8]. Запитання методики були адаптовані для того щоб здійснювати оцінку адаптації російськомовних ВПО до місцевого україномовного населення. Застосування методики дозволяє оцінити стратегію соціокультурної адаптації ВПО.

Вибірка та процедура дослідження. Клієнтам з числа ВПО (вибірка склала 50 осіб) пропонувалось взяти участь у дослідженні якості надання психотерапевтичних послуг. Дослідження проводилось на базі Кризового центру медико-психологічної допомоги Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України та на базі Донецького національного університету імені Василя Стуса (м. Вінниця).

Результати дослідження. В таблиці 1 представлені кореляційні взаємозв'язки між нормованими значеннями (нормування методом розбиття на квартилі) наступних змінних: 1) назва «ukr_psy», означає сприйняття психотерапевта як представника української етнічної групи, оцінена на основі близькості оцінок психотерапевта та типового українця, метод діагностики В. А. Іл'їна (чим вище значення тим більше психолог схожий на типового українця); 2) назва «ident_K_P_cd», означає ступінь міжособистісної ідентифікації клієнта з психотерапевтом, оцінена на основі близькості самооцінок та оцінки психотерапевта, метод діагностики семантичний диференціал Т. С. Баранової (чим

вище значення тим більша ідентифікація клієнта з психотерапевтом); 3) назва «ident_K_P_sp» означає ступінь міжособистісної ідентифікації клієнта з психотерапевтом, оцінена на основі близькості самооцінок та оцінки психотерапевта, метод діагностики диференціал психосоціального розвитку В. А. Іл'їна (чим вище значення тим більша ідентифікація клієнта з психотерапевтом); 4) назва «Iamukr» означає ступінь ідентифікації себе з українською етнічною групою, оцінена на основі близькості самооцінок та оцінок типового українця, метод діагностики диференціал психосоціального розвитку В. А. Іл'їна (чим вище значення тим вираженою є українська ідентичність).

Таблиця 1

Кореляційні взаємозв'язки між сприйняттям психолога як українця, міжособистісною ідентифікацією «клієнт-психотерапевт» та українською ідентичністю

Умовні позначення змінних	Умовні позначення змінних		
	ident_K_P_cd	ident_K_P_sp	Iamukr
ukr_psy	R = 0,403; p < 0,01	R = 0,396; p < 0,01	R = 0,361; p < 0,05
ident_K_P_cd	-	R = 0,475; p < 0,001	R = 0,416; p < 0,01
ident_K_P_sp		-	R = 0,805; p < 0,001

Як видно з таблиці 1, всі чотири змінні тісно взаємозв'язані. Сприйняття психолога як українця та вираженість міжособистісної ідентифікації «клієнт-психотерапевт» сприяють тому, що ВПО починають відчувати як себе українцями (ідентифікують себе як представники української етнічної групи). Принципово важливе значення в цих взаємозв'язках відіграють процеси ідентифікації клієнта з психотерапевтом. Так, якщо в обстеженій вибірці залишити лише осіб з низьким рівнем ідентифікації «клієнт-психотерапевт» кореляції між всіма змінними, що наведені в табл.1, зникають (за винятком кореляції між двома відмінними методами оцінки ідентифікації «клієнт-психотерапевт»).

Аналіз взаємозв'язків між особливостями психосоціального розвитку «типового українця» (як вони суб'єктивно сприймаються ВПО) та сприйняттям психотерапевта як представника української спільноти виявив закономірність — чим більш благополучним за теорією Е. Еріксона сприймається типовий українець, тим більше психотерапевт його нагадує (див. табл. 2). І навпаки, чим менш благополучним є типовий українець — тим більше психотерапевт відрізняється від українця.

Таблиця 2

Кореляції між особливостями сприйняття психотерапевта, як представника української спільноти та типового українця

Сприйняття психотерапевта як представника української спільноти	Сприйняття «типового українця» у ВПО за стадіями психосоціального розвитку				
	Довіра	Автономія	Ініціатива	Компетентність	Ідентичність
ukr_psy	R = 0,358; p < 0,05	R = 0,48; p < 0,01	R = 0,361; p < 0,05	R = 0,615; p < 0,01	R = 0,604; p < 0,01

Знайдені закономірності показують, що в обстеженій вибірці ВПО, які отримували психотерапію, досліджувати вплив атитюдів стосовно української культурної групи на формування української ідентичності можливо лише з врахуванням фактору ідентифікації «клієнт – психотерапевт».

Тому, обстежену вибірку ВПО ми розділили на групи: 1) ВПО які сформували ідентифікації «клієнт-психотерапевт» та 2) особи, які не ідентифікуються з психотерапевтом. В якості змінної для розбиття вибірки на дві групи ми обрали семантичний диференціал за Т. С. Барановою. Особи, які за ступенем

ідентифікації з психотерапевтом знаходились в двох нижніх квартилях (менше 10,67 балів) вважались такими, що сформували ідентифікацію з психотерапевтом. Відповідно, ВПО зі значенням за змінною $ident_K_P_cd$ вище 10,67 — розумілись як такі, які не ідентифікували себе з психотерапевтом.

Серед ВПО, які сформували ідентифікацію «клієнт — психотерапевт» сприйняття типового українця як «автономного» негативно впливало на формування української самоідентифікації ($R = -0,501$; $p < 0,05$). Тобто, чим виразніше типовий українець сприймався як самостійний, здатний до власного вибору та побудови свого майбутнього тим важче ВПО було ідентифікуватись з ним. Можливе пояснення полягає в сприйнятті істотної культурної відмінності за фактором «колективізм — індивідуалізм», що сприяє відчуттю базової невідповідності власної ідентичності та ідентичності представників місцевого населення.

Для групи осіб, які не сформували ідентифікацію з психотерапевтом вплив етнокультурних атитюдів на рівень сформованості української ідентичності був недостовірний.

Вивчення взаємозв'язків між українською ідентичністю ВПО та типом соціокультурної адаптації не виявило існування достовірних кореляцій, за винятком кореляційної тенденції з вибором стратегії адаптації за типом «асиміляція» ($R = 0,281$; $p = 0,068$). Виявлена кореляційна тенденція свідчить, що серед осіб, які дуже слабо ідентифікують себе з українською етнічною групою (четвертий квартиль, за рівнем відмінності між сприйняттям себе та типового українця) дещо рідше зустрічається стратегія асиміляції.

Дослідження впливу етнокультурних атитюдів на стратегію адаптації ВПО здійснювалось на загальній вибірці. Отримані кореляційні зв'язки показують, що сприйняття «типового українця» як «ініціативного» негативно впливає на застосування стратегії адаптації за типом «інтеграція» ($R = -0,460$; $p < 0,01$). Тобто, чим більше представники української етнічної групи сприймаються як амбіційні та цілеспрямовані тим рідше ВПО намагаються адаптуватись до нових умов проживання, зберігаючи при цьому базис колишньої соціокультурної ідентичності. Виявлену закономірність, можна зрозуміти так, що при високій цілеспрямованості представників українського населення збереження основ колишньої культурної ідентичності може

відчуватись небезпечною, що призводить до відмови від неї. Друге пояснення полягає в тому, що образ нового соціокультурного середовища сприймається непривабливо та не викликає бажання входження в нову культуру. Оскільки, стратегія інтеграції розуміється нами як найбільш здорова в психологічному відношенні, сприйняття представників української спільноти як занадто ініціативних має негативне значення.

Інші виявлені закономірності стосуються сприйняття представників української культурної групи як «компетентних». Виявлено, що сприйняття «типового українця» як компетентного захищає від застосування стратегії адаптації за типом «сепаратизм» ($R = -0,329$; $p < 0,05$) та на рівні кореляційної тенденції сприяє вибору стратегії «інтеграція» ($R = 0,289$; $p = 0,056$). Виявлену закономірність можна пояснити тим, що відчуття представників нового українського середовища як професіоналів в своїй справі сприяє розвитку професійних зв'язків у ВПО з представниками місцевого населення, утворення професійних контактів сприяє гармонійному синтезу нової ідентичності з ознаками колишньої та нової культур. Ця інтерпретація найбільше підходить для ВПО, які навчаються та працюють у Донецького національного університету імені Василя Стуса, який в теперішній час знаходиться у м. Вінниця.

Також, ми вирішили дослідити, вплив етнокультурних атитюдів у ВПО на тип соціокультурної адаптації в залежності від того, чи сформована ідентифікація «клієнт – психотерапевт». Спосіб розділення вибірки був такий самий як і в випадку описаному вище. На нашу думку, присутність такої ідентифікації в більшості випадків пов'язана із сформованими допомагаючими терапевтичними стосунками, що позитивно відображається на психологічному стані, підвищує адаптивні можливості. Крім того, виходячи і наших теоретичних припущень та отриманих даних, ідентифікація «клієнт – психотерапевт» сприяє кращому розумінню нового соціокультурного середовища.

В цілому, виявлені кореляції нагадують закономірності встановлені для загальної вибірки. Так, у ВПО, які не сформували ідентифікації з психотерапевтом, сприйняття «типового українця» як ініціативного негативно впливало на вибір стратегії адаптації за типом «інтеграція» ($R = -0,457$; $p < 0,05$). Проте, зникає позитивний вплив сприйняття української етнічної групи як «компетентної» на

захист від застосування стратегії адаптації за типом «сепаратизм». На рівні кореляційної тенденції, сприйняття «типового українця» як компетентного продовжувало впливати на вибір стратегії адаптації за типом «інтеграція» ($R = 0,384$; $p = 0,070$).

Для групи ВПО, які сформували ідентифікацію «клієнт – психотерапевт» було отримано наступні закономірності. Сприйняття української етнічної групи як такої, що викликає довіру на рівні кореляційної тенденції захищає від вибору стратегії за типом «сепаратизм» ($R = -0,440$; $p = 0,052$). Отримані дані можна зрозуміти, що психотерапевтичний контакт сприяє розумінню представників нового соціокультурного середовища як сповнених надій в досягненні своїх задумів, таких, що викликають довіру.

Встановлено, що сприйняття «типового українця» як автономного (самостійного, діючого на власний розсуд) на рівні кореляційної тенденції було пов'язано зі стратегією адаптації за типом «маргіналізація» ($R = 0,424$; $p = 0,062$). Вище, нами обговорювалась кореляція, що серед ВПО із сформованою ідентифікацією «клієнт – психотерапевт» сприйняття представників українського етносу як автономних негативно впливає на формування української ідентичності. Виявлені взаємозв'язки можна зрозуміти, що на ВПО, які хочуть адаптуватись до нового соціокультурного середовища (на що вказує присутність ідентифікації «клієнт – психотерапевт») негативно впливає самостійність місцевого населення. Очевидно, в цьому випадку, якість автономності виступає як самодостатність, неготовність до кооперації, взаємодії. Можна допустити, що в таких випадках ВПО відчують себе не потрібними, що негативно впливає на входження в нову культуру (не формується українська ідентичність, зростає маргіналізація).

Як і в загальній групі, сприйняття «типового українця» як ініціативного негативно впливає на здатність ВПО адаптуватись по типу «інтеграція» ($R = -0,473$; $p < 0,05$).

Цікавим видається те, що у ВПО із сформованою ідентифікацією «клієнт – психотерапевт», сприйняття представника українського етносу як компетентного негативно впливає на використання стратегії «інтеграція» ($R = -0,469$; $p < 0,05$), проте, визначає застосування адаптації за типом «асиміляція» ($R = 0,458$; $p < 0,05$). Тобто, в цілому етнокультурне сприйняття «типового

українця» як компетентного в своїй справі позитивно впливає на адаптації ВПО. Цікавим є те, що психотерапевтичні стосунки сприяють не просто входженню в нове соціокультурне середовище а й визначають схильність змінювати свою ідентичність на нову. Можливо, це зумовлюється тим, що зростає довіра до представників української етнічної групи.

Висновки та перспективи подальших досліджень.

Встановлено, що процеси ідентифікації «клієнт-психотерапевт», які мають місце в психотерапевтичному процесі сприяють розвитку у ВПО української ідентичності. Проте, не знайдено достовірних взаємозв'язків між сформованою українською ідентичністю та типом соціокультурної адаптації у ВПО. Тобто, припущення, що розвиток у ВПО української ідентичності покращує їх соціокультурну адаптацію є недоведеним. психотерапевтичні стосунки. Виявлено, що соціокультурні атитюди стосовно «типового українця» впливають на соціокультурну адаптації ВПО. Так, образ українця як активного та ініціативного утруднював соціокультурну адаптацію за типом «інтеграція». Можливим поясненням є те, що сприйняття представників української спільноти як занадто інфінітивних та цілеспрямованих може відчуватись як особливість, що погрожує особистісній безпеці або як така, що викликає відразу, відштовхує. Сприйняття ВПО української етнічної групи як «компетентної» сприяє соціокультурній адаптації за типом інтеграції та зменшує частоту використання стратегії «сепаратизм». Очевидно, образ компетентності та професіоналізму у представників української спільноти сприяє адаптації за рахунок встановлення професійних та ділових зв'язків. Також показано, що серед ВПО які здійснюють зусилля для адаптації в новому соціокультурному середовищі, дуже негативне значення має відчуття «типового українця» як автономного. Таке суб'єктивне сприйняття «типового українця» пов'язано з соціокультурною стратегією «маргіналізація» та не сприяє формуванню української ідентичності. Можливим поясненням може бути, що ВПО зустрічаючись з самостійними та самодостатніми особами, не схильними до кооперації відчують себе не потрібними.

Встановлено, що психотерапевтичні стосунки позитивно впливають на адаптацію ВПО. Так, особи з ідентифікацією «клієнт-

психотерапевт» більш довірливо сприймають представників українського населення, більш схильні до соціокультурної стратегії «асиміляція», виявляють готовність приєднатись до українського соціуму.

Отримані результати дають можливість сформувати рекомендації для ЗМІ, стосовно презентації представників української спільноти з метою: 1) формування у населення стереотипів поведінки, які б сприяли більшій адаптації ВПО; 2) формування в свідомості ВПО образу сприйняття типового українця з характерними рисами, які сприяють кращій соціокультурній адаптації. З отриманих даних соціокультурній адаптації сприяє представник української спільноти який відрізняється наступними особливостями: поважає особистісні кордони та індивідуальну свободу, уникає нав'язування своїх цілей, є професіоналом в своїх справі, готовий до кооперації, готовий ділитись своїм досвідом та отримувати новий. Отримані результати свідчать, що найбільшій адаптації сприяє розміщення ВПО за принципом подібності професійного середовища. Тобто, в таких місцях, де ВПО зможуть знайти роботу і працювати за своєю професією поряд з професіоналами з числа місцевого населення. Даний висновок може бути рекомендацією для організацій, які допомагають ВПО в розміщенні на новому місці проживання.

Список використаних джерел

1. Баранова Т. С. Эмоциональное «Я – Мы» (опыт психосемантического исследования социальной идентичности) / Т. С. Баранова // Социология: 4М, 2001, № 14. — С. 70 – 101.
2. Гетьманчук М. П. «Гібридна Війна» Росії проти України: інформаційний аспект / М. П. Гетьманчук // Військово-науковий вісник. — 2017. — Вип. 27. — С. 296-307.
3. Кривицька О. Ідентичність українського пограниччя: Донбас / Олена Кривицька // Наукові записки Інституту політичних і етнонаціональних досліджень імені І. Ф. Кураса НАН України / За ред. Рафальського О. О. — Ніжин: ПП Лисенко М.М., 2017. № 1 (89). — 331 с. — С. 293 – 313.
4. Моргун А. Війна Росії проти України: тенденції конфліктного дискурсу в сучасних українських ЗМІ / Анастасія Моргун // Наукові записки Інституту політичних і етнонаціональних досліджень імені І. Ф. Кураса

- НАН України / За ред. Рафальського О. О. — Ніжин: ПП Лисенко М.М., 2016. № 3 – 4 (83 – 84). — 441 с. — С. 352 – 362.
5. Нагорняк Т. Л. Соціально-політичні чинники і наслідки міграційних процесів в Україні 2014 – 2016 рр. / Т. Л. Нагорняк // Політичне життя. — 2016. — № 3. — С. 32 – 45.
 6. Солдатов Г. У. Психологическая помощь мигрантам: травма, смена культуры, кризис идентичности / Г. У. Солдатов, Л. А. Шайгерова, В. К. Калиненко, О. А. Кравцова — М. : Смысл, 2002. — 479 с.
 7. Стефаненко Т. Г. Этнопсихология: практикум: Учебное пособие для студентов вузов / Татьяна Гавриловна Стефаненко. — М: Аспект Пресс, 2006. — 208 с.
 8. Татарко А. Н., Лебедева Н. М. Методы этнической и кросскультурной психологии / А. Н. Татарко, Н. М. Лебедев. — М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. — 238 с.
 9. Berry J. W. Stress perspectives on acculturation // *Acculturation Psychology* / Ed. by D.L. Sam, J.W. Berry. Cambridge : Cambridge University press, 2006. - Pp. 43–57.

References transliterated

1. Baranova T. S. Emotsional'noye «Ya – My» (opyt psikhosemanticheskogo issledovaniya sotsial'noy identichnosti) / T. S. Baranova // *Sotsiologiya*: 4M, 2001, № 14. — S. 70 – 101.
2. Get'manchuk M. P. «Gíbridna Víyna» Rosíi proti Ukraíni: ínformatsíyniy aspekt / M. P. Get'manchuk // *Víys'kovo-naukoviy vísnik*. — 2017. — Vip. 27. — S. 296-307.
3. Krivits'ka O. Ídentichníst' ukraĩns'kogo pogranichchya: Donbas / Olena Krivits'ka // *Naukoví zapiski Ínstitutu polítichnikh í yetnonatsíonal'nikh doslídzhenn' ímení Í. F. Kurasa NAN Ukraíni* / Za red. Rafal's'kogo O. O. — Nízhin: PP Lisenko M.M., 2017. № 1 (89). — 331 s. — S. 293 – 313.
4. Morgun A. Víyna Rosíi proti Ukraíni: tendentsíi konflíkt'nogo diskursu v suchasnikh ukraĩns'kikh ZMÍ / Anastasiya Morgun // *Naukoví zapiski Ínstitutu polítichnikh í yetnonatsíonal'nikh doslídzhenn' ímení Í. F. Kurasa NAN Ukraíni* / Za red. Rafal's'kogo O. O. — Nízhin: PP Lisenko M.M., 2016. № 3 – 4 (83 – 84). — 441 s. — S. 352 – 362.
5. Nagornyak T. L. Sotsíal'no-polítichní chinniki í naslídki mígratsíynikh protsesív v Ukraíní 2014 – 2016 rr. / T. L. Nagornyak // *Polítichne zhittya*. — 2016. — № 3. — S. 32 – 45.
6. Soldatova G. U. Psikhologicheskaya pomoshch' migrantam: travma, smena kul'tury, krizis identichnosti / G. U. Soldatova, L. A. Shaygerova, V. K. Kalinenko, O. A. Kravtsova — M. : Smysl, 2002. — 479 s.

7. Stefanenko T. G. Etnopsikhologiya: praktikum: Uchebnoye posobiye dlya studentov vu-zov / Tat'yana Gavrilovna Stefanenko. — M: Aspekt Press, 2006.— 208 s.
8. Tatarko A. N., Lebedeva N. M. Metody etnicheskoy i krosskul'turnoy psikhologii / A. N. Tatarko, N. M. Lebedev. — M. : Izd. dom Vysshey shkoly ekonomiki, 2011. — 238 s.
9. Berry J. W. Stress perspectives on acculturation // Acculturation Psychology / Ed. by D.L. Sam, J.W. Berry. Cambridge : Cambridge University press, 2006. - Pr. 43–57

Pleskach B. V., Urkaev V. S. Socio-psychological aspects of psychotherapeutic help in internal laboratory persons. In the article presents the results of the study of the influence of identification "client-psychotherapist" on the development of Ukrainian identity in internally displaced persons and their perception by representatives of Ukrainian society. Presumably this identification is a composite of psychotherapeutic processes. Separately, the influence of socio-cultural attitudes on internally displaced persons and the peculiarities of their sociocultural adaptation were studied. It is shown that the processes of identification "client-therapist" contribute to the development of Ukrainian IDPs internally displaced persons. However, no link was found between the presence of Ukrainian identity and the type of sociocultural adaptation. It has been shown that psychotherapeutic relationships positively influence the adaptation of internally displaced persons. Thus, persons with the identification of "client-psychotherapist" are more confidently perceive the representatives of the Ukrainian population, are more inclined to the sociocultural strategy of "assimilation", are willing to join the Ukrainian society. It is revealed that socio-cultural attitudes about "typical Ukrainian" influence the sociocultural adaptation of internally displaced persons. Thus, the image of the Ukrainian as an active and enterprising person made it difficult for the sociocultural adaptation of the "integration" type. The perception of internally displaced ethnic Ukrainians as "competent" contributes to socio-cultural adaptation by type of integration and reduces the frequency of using the "separatism" strategy. It is revealed that the perception of the "typical Ukrainian" as autonomous is connected with the adaptation of internally displaced persons by the type of "marginalization" and does not contribute to the formation of Ukrainian identity, and recommendations

for the mass media on the formation of the image of Ukrainian, which would facilitate better adaptation of internally displaced persons.

Key words: sociocultural identification, identification of "client-therapist", internally displaced persons (IDPs), sociocultural attitudes, socio-cultural adaptation.

Відомості про авторів:

Плескач Богдан Вадимович, науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України; e-mail: pleskach.bogdan@gmail.com

Pleskach Bogdan Vadymovych, researcher, laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences (NAPS) of Ukraine. Kiev, Ukraine.

Уркаєв Вадим Сергійович, молодший науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. e-mail: 9279588@gmail.com

Urkaev Vadym Serhiyovych, junior researcher, laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences (NAPS) of Ukraine. Kiev, Ukraine.

РЕФЕРАТ

Плескач Б. В., Уркаєв В. С.

Соціально-психологічні аспекти психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам

У статті представлено результати дослідження впливу ідентифікації «клієнт – психотерапевт», яка є складовою психотерапевтичних процесів, на розвиток української ідентичності у внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та на сприйняття ними представників української спільноти. Окремо досліджувався вплив соціокультурних атитюдів у ВПО на особливості їх соціокультурної адаптації.

Встановлено, що процеси ідентифікації «клієнт – психотерапевт», які мають місце в психотерапевтичному процесі сприяють розвитку у ВПО української ідентичності. Проте, не знайдено достовірних взаємозв'язків між сформованою українською ідентичністю та типом соціокультурної адаптації у ВПО. Тобто, припущення, що розвиток у ВПО української ідентичності покращує їх соціокультурну адаптацію є недоведеним. психотерапевтичні стосунки. Виявлено, що соціокультурні атитюдні стосовно «типового українця» впливають на соціокультурну адаптації ВПО. Так, образ українця як активного та ініціативного утруднював соціокультурну адаптацію за типом «інтеграція». Можливим поясненням є те, що сприйняття представників української спільноти як занадто інфінитивних та цілеспрямованих може відчуватись як особливість, що погрожує особистісній безпеці або як така, що викликає відразу, відштовхує. Сприйняття ВПО української етнічної групи як «компетентної» сприяє соціокультурній адаптації за типом інтеграції та зменшує частоту використання стратегії «сепаратизм». Очевидно, образ компетентності та професіоналізму у представників української спільноти сприяє адаптації за рахунок встановлення професійних та ділових зв'язків. Також показано, що серед ВПО які здійснюють зусилля для адаптації в новому соціокультурному середовищі, дуже негативне значення має відчуття «типового українця» як автономного. Таке суб'єктивне сприйняття «типового українця» пов'язано з соціокультурною стратегією «маргіналізація» та не сприяє формуванню української ідентичності. Можливим поясненням може бути, що ВПО зустрічаючись з самостійними та самодостатніми особами, не схильними до кооперації відчують себе не потрібними.

Встановлено, що психотерапевтичні стосунки позитивно впливають на адаптацію ВПО. Так, особи з ідентифікацією «клієнт – психотерапевт» більш довірливо сприймають представників українського населення, більш схильні до соціокультурної стратегії «асиміляція», виявляють готовність приєднатись до українського соціуму.

Отримані результати дають можливість сформувати рекомендації для ЗМІ, стосовно презентації представників української спільноти з метою: 1) формування у населення

стереотипів поведінки, які б сприяли більшій адаптації ВПО; 2) формування в свідомості ВПО образу сприйняття типового українця з характерними рисами, які сприяють кращій соціокультурній адаптації. З отриманих даних соціокультурній адаптації сприяє представник української спільноти який відрізняється наступними особливостями: поважає особистісні кордони та індивідуальну свободу, уникає нав'язування своїх цілей, є професіоналом в своїх справі, готовий до кооперації, готовий ділитись своїм досвідом та отримувати новий. Отримані результати свідчать, що найбільшій адаптації сприяє розміщення ВПО за принципом подібності професійного середовища. Тобто, в таких місцях, де ВПО зможуть знайти роботу і працювати за своєю професією поряд з професіоналами з числа місцевого населення. Даний висновок може бути рекомендацією для організацій, які допомагають ВПО в розміщенні на новому місці проживання.

Ключові слова: соціокультурна ідентифікація, ідентифікація «клієнт – психотерапевт», внутрішньо переміщені особи (ВПО), соціокультурні атитюди, соціокультурна адаптація.

УДК 159.9:070

Литвиненко Л. І.

ПІДТРИМКА ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ АТО: ДОСВІД РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ «ДОРОГА ЗЦІЛЕННЯ»

Литвиненко Л. І. Підтримка та медико-психологічна реабілітація учасників АТО: досвід реалізації програми «Дорога зцілення». У статті представлено осмислення і узагальнення емпіричного досвіду психологічної допомоги травмованим військовослужбовцям та ветеранам, які знаходяться на реабілітації. Медико-психологічна реабілітація, яка проводиться в структурованих умовах стаціонару, ґрунтується на комплексному підході та у повній мірі охоплює всі рівні організації людини та включає компоненти психологічного, психофізіологічного та медичного характеру. Ця модель реабілітації характеризується

особливим методичним підходом до лікування, який враховує зв'язок між психічною травмою та симптомами і порушенням функціонування індивіда, організацію процесу самого лікування медичним персоналом у співпраці з командою психологів, які пройшли відповідну підготовку по роботі з травмою.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), уникнення, психологічна підтримка, медико-психологічна реабілітація, рефлекс придушення, зона прихованих переживань, «повторне достатньо хороше батьківство».

Литвиненко Л. И. Поддержка и медико-психологическая реабилитация участников АТО: опыт реализации программы «Дорога исцеления». В статье представлены осмысления и обобщения эмпирического опыта психологической помощи травмированным военнослужащим и ветеранам, которые находятся на реабилитации. Медико-психологическая реабилитация, которая проводится в структурированных условиях стационара, основывается на комплексном подходе и в полной мере охватывает все уровни организации человека и включает компоненты психологического, психофизиологического и медицинского характера. Эта модель реабилитации характеризуется особым методическим подходом к лечению, учитывающий связь между психической травмой и симптомами и нарушением функционирования индивида, организации процесса самого лечения медицинским персоналом в сотрудничестве с командой психологов, прошедших соответствующую подготовку по работе с травмой.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), медико-психологическая реабилитация, рефлекс подавления, зона спрятанных переживаний, «повторное достаточно хорошее родительство».

Постановка проблеми. Українське суспільство переживає надважкі часи. Війна в Україні, яка вже має хронічний характер, упродовж останніх років створила ситуацію постійної напруги та тривоги. Ця ситуація впливає на психіку людини, викликаючи у неї травматичний стрес. Багато людей переповнені важкими психічними, психофізіологічними та фізичними перевантаженнями, відчуттям розпачу, самотності, переживанням емоційних страждань.

Особливо ветерани та військовослужбовці перебувають у стані тяжкої психологічної кризи, яка може призвести до небезпечних наслідків: складних змін в емоційній сфері, самопочутті, діяльності, людських стосунках; можуть проявлятися різні посттравматичні стресові реакції та розлади, або розвиватися ПТСР. Останній виникає як затяжна або відстрочена реакція на ситуації, пов'язані з серйозною загрозою життю або здоров'ю.

Здебільшого людина в стресовій ситуації не може і не знає, як впоратись зі станами та відчуттями, які вони переживає. Якщо подивитися на рис.1 можна

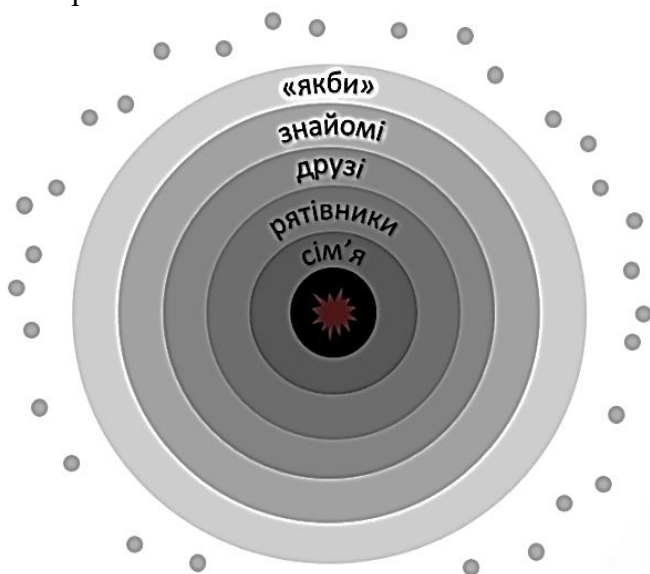


Рис. 1 - Кола травми

побачити, що травма має вплив не лише безпосередньо на самого травмованого (учасник АТО, постраждалий в ДТП, постраждалий від землетрусу, від падіння літака та ін.), а й на його близьке оточення – родину, рятівників (сюди входять лікарі МЧС, психологи, волонтери), друзів, знайомих; на людину, яка випадково не потрапила в поле травмивної події і вона попадає у вибірку «якби» («якби я не запізнилося в аеропорт, я би також загинула в літаку, який розбився і т.п.).

Виходячи з вище зазначеного, ми повинні пам'ятати, що робота з травматичними переживаннями повинна проводитися паралельно як з самим постраждалим так і з іншими травмованими

(кола травми). Основна мета такої психологічної допомоги («психологічного підгортання») – знайти і підібрати ефективні діагностичні та корекційні матеріали, що дали б змогу в подальшому усім особам, котрі пережили травму, відновити здатність зцілюватися, долати величезні труднощі та зростати. Долучаючись до цього процесу як терапевти, ми майже неминуче пізнаємо важливі знання про життя та реальні основи людського страждання.

Варто зазначити, що на сьогодні вітчизняна система психологічної/психотерапевтичної допомоги військовослужбовцям та ветеранам ще далеко не створена. Окрім правових, соціально-економічних та організаційних питань розбудови цієї системи, існує і суто науковий аспект – психологи (як науковці, так і практики) намагаються зрозуміти, якою має бути психологічна допомога військовослужбовцям та ветеранам саме в Україні, в який спосіб її розгортати та здійснювати, особливо у кризових соціокультурних умовах. Водночас фахівці спрямовують свої зусилля на аналіз існуючих теоретичних розробок щодо такого роду травмування, а також на осмислення і узагальнення набутого практичного досвіду надання допомоги та розробленню власних теоретичних моделей.

Осмислення і узагальнення емпіричного досвіду психологічної допомоги травмованим військовослужбовцям та ветеранам, які знаходяться на реабілітації та апробація представленої програми медико-психологічної реабілітації уможливорюють наступні висновки:

Аналіз основних досліджень і публікацій. За даними низки дослідників, війна та участь у військових діях належать до найбільш травматичних для особистості, оскільки містять у собі загрозу для життя та здоров'я людини.

Теоретико-методологічні розробки щодо проблематики, яка пов'язана із вивченням посттравматичного стресового розладу значною мірою висвітлені як зарубіжними так і українськими вченими а саме, В. Агарков, Л. Гребінь, Д. Іванов, Р. Кадилов, В. Кін, З. Кісарчук, І. Котенєв, Р. Лазарус, Г. Лазос, Л. Литвиненко, С. Максименко, Б. Михайлов, О. Морозов, М. Мюллер, В. Омелянович, Я. Омельченко, В. Осьодла, О. Романчук, Г. Сельє, Н. Тарабріна, М. Теренс, Т. Титаренко, О. Тохтамиш, Е. Фoa,

М. Фрідман, Л. Шестопалова та ін. [2; 3; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21].

Науковий доробок цих авторів стосується вивчення механізмів, причин та симптоматики розвитку ПТСР, технології діагностики. На основі їх праць схарактеризовано основні напрями психологічної підтримки, психологічної допомоги в кризових ситуаціях, особливостей корекції посттравматичного стресового розладу та психотерапії емоційних травм, медико-психологічної реабілітації постраждалих. Ці напрями роботи спрямовані на активізацію їх наявних психічних ресурсів та створення додаткових; на попередження у воїнів та ветеранів розвитку негативних психічних явищ; на психологічну допомогу, яка їм надається у разі прояву гострих чи хронічних адаптаційних розладів і яка являє собою систему медичних, психологічних, психолого-педагогічних і соціально-психологічних заходів.

У науковій літературі доведено, що внаслідок травматичного досвіду у людини актуалізується конфлікт між старим і новим образом «Я», який породжує сильні негативні емоції, порушується внутрішня рівновага, народжується сильний страх і душевний біль; втрачається почуття безпеки, з'являється відчуття того, що якась частина особистості виходить із-під контролю. Травматичний досвід є одночасно болючим і значним, він не може бути негайно переробленим, тому частково витісняється. Витіснений досвід має тенденцію повертатися, нагадувати про себе у вигляді спалахів спонтанних спогадів, образів, напливів думок, емоційних атак, соматизованих образів або компульсивних реакцій.

Щоб позбутися цих переживань, людина намагається не думати про травму і її можливі наслідки, у результаті чого травматичні переживання виявляються недостатньо пропрацьованими, травмуюча інформація зберігається в пам'яті, причому в досить активному стані. Однак, якщо пропрацювання цієї інформації буде завершено, уявлення про травматичному подію стираються з активної пам'яті [9; 10; 16].

Отже, для того, щоб жити далі, військовослужбовці та ветерани набувають *«рефлекс придушення»*, який «заганяє» неприємні почуття углиб – туди, де їх емоційний вплив відчувається з меншою інтенсивністю. Звикання до придушення в собі негативних почуттів (гніву, ненависті, ревнощів, люті, підозрливості)

призводить до втрати здатності відчувати позитивні емоції (любов, доброту, доброзичливість, довіру). У такий спосіб, через придушення думок про травму та її можливі наслідки, утворюється зона прихованих переживань (ЗПП, термін автора) [8, с.77].

Зона прихованих переживань — це простір значимих, болісних переживань людини про минуле, якими їй важко поділитися з іншими. Це «потаємний світ», де людина закривається, уникає контактів з іншими, залишається виключно наодинці з самою собою і своїм стражданням, де вона відчуває себе самотньою і залишає можливість лише інфернального контролю. Це породжує новий сенс зустрічі з іншим: поява значимого іншого у тій зоні, де людина страждає, є найважливішим аспектом зустрічі, яка полягає у встановленні стосунків з тими «частинами» внутрішнього світу, де їй некомфортно і боляче.

Таким чином, якщо місцем зустрічі стає *зона прихованих переживань*, то саме в суб'єктивному просторі цієї зони ветерани особливо потребують психологічної допомоги в емоційному плані (прийнятті, підтримці, співчутті).

Особливості встановлення стосунків в діаді "психотерапевт-клієнт", сприйняття ними один одного, вплив цього сприйняття на формування психологічного контакту достатньо широко вивчалися як у зарубіжній, так і вітчизняній психології. Досліджувались особистісні якості психолога; місце та роль як психолога, так і самого клієнта у консультативному процесі; формувалася погляд на особистості психотерапевта і клієнта як на своєрідні конструкти, що задають характер стосункам [1; 4; 6; 7; 22; 23].

Терапевтичний стосунок — це унікальний міжособистісний досвід, наповнений теплом, довірою, прийняттям і розумінням, це Зустріч між тим, хто шукає допомоги і тим, хто її надає, це Зустріч, здатна пробудити серця і наповнити їх співпереживанням і взаємним розумінням один одного. Такі стосунки «психотерапевт-клієнт» ми називаємо «*повторне достатньо хороше батьківство*», яке допомагає терапевту в роботі з травмованими військовослужбовцями та ветеранами наблизитись до *зони прихованих переживань*. Такі стосунки дозволяють бійцям почуватися безпечно, допомагають обмежити потребу у використанні захисних механізмів, дозволяють отримати доступ до негативних емоційних станів, опрацювання яких ведуть до

покращення навичок самодопомоги і зростання здорової, ресурсної частини психіки у постраждалих військовослужбовців.

Встановлення стосунків «повторного достатньо хорошого батьківства» у просторі кризової допомоги значною мірою залежать від особистості фахівця. Саме він є тією основною опорною фігурою, яка витримує тяжкість травматичних переживань у діалозі з постраждалими, приймає людину у всій тій невизначеності та розпачі, в якій вона перебуває, транслює ресурсні переживання та допомагає клієнту побачити нові можливості власного буття. Все це значною мірою нагадує позицію достатньо хорошого первинного об'єкту, який допомагає дитині впоратись зі складнощами розвитку та неприємними переживаннями. Таким чином, фахівцю, що працює з постраждалими, важливо мати рефлексивний погляд на власні риси та стани.

На основі даних дослідження, нами окреслено узагальнюючий *образ* ефективного фахівця у контексті його взаємин з військовослужбовцями та ветеранами, що знаходяться на реабілітації. Насамперед, чітко вимальовується риси психотерапевта, який здатний до співпереживання, турботи, підтримки. Такі риси зближують образ психотерапевта з образами реальних осіб (матір'ю, учителями, лікарями), про яких згадували самі опитувані і які раніше допомагали клієнтам у тій чи іншій важкій ситуації.

Самі клієнти в образі психотерапевта шукають батьківську фігуру, на яку можливо опертися у кризових обставинах. Потреба ця, на нашу думку, полягає в тому, що самі постраждалі унаслідок дії травматичних подій не мають ресурсу віднайти цю фігуру у власному особистісному просторі. З огляду на це, стосунки повторного «достатньо хорошого батьківства» є дійсно важливою складовою у процесі зцілення військовослужбовців та ветеранів, що знаходяться на реабілітації.

Результати апробації програми медико-психологічної реабілітації «Дорога зцілення». У цій статті буде розглянуто комплексний підхід до реабілітації військовослужбовців та ветеранів та представлено авторську програму медико-психологічної реабілітації «Дорога зцілення».

Досвід, про який буде йти мова, здобувався на базі Кризового центру медико-психологічної допомоги, який був

створений в Інституті психології імені Г. С. Костюка НАПН України у березні 2014 року та Центру медико-психологічної реабілітації (на сьогодні відділення реабілітації) ДУ «Інститут медицини праці імені Ю. І. Кундієва НАМН України»). Термін перебування військовослужбовців та ветеранів у відділенні реабілітації — 24 доби.

Основна *мета* діяльності Центру та відділення медико-психологічної реабілітації – виокремити важливі концептуальні підходи щодо розуміння психотравмівної симптоматики та феномену ПТСР, знайти і підібрати ефективні діагностичні та корекційні методики, що дали б змогу ветеранам успішно проходити етапи реабілітації, а в подальшому етапи соціалізації та адаптації до мирного життя, які б стали запорукою подальшої гармонізації особистісної взаємодії та міжособистісних стосунків.

Мета нашого дослідження полягала у визначенні особливостей формування психотерапевтичного простору та ефективного типу взаємодії психолога з військовослужбовцями, що знаходяться на реабілітації після травмівних подій.

Завданнями дослідження виступили: 1) з'ясування особливостей психологічних станів та проблематики військовослужбовців та ветеранів, що знаходяться на реабілітації; 2) виявлення специфіки (характеристик так умов) розвитку стосунків з цією категорією постраждалих; 3) розроблення ефективної моделі взаємодії з травмованими військовослужбовцями у просторі кризової психологічної допомоги та реабілітації.

Аналіз відповідних літературних джерел, матеріалів конференцій, присвячених проблемі психологічної допомоги постраждалим внаслідок воєнних дій, дозволяє коротко сформулювати визначення медико-психологічної реабілітації та її мету.

Медико-психологічна реабілітація є системою медичних, психологічних, психолого-педагогічних і соціально-психологічних заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених психічних функцій, станів, особистісного та соціального статусу людей, що отримали психічну травму. Медико-психологічна реабілітація, яка проводиться в стаціонарі медичного закладу, ґрунтується на комплексному підході та у повній мірі охоплює всі

рівні організації людини та включає компоненти психологічного, психофізіологічного та медичного характеру.

Метою медико-психологічної реабілітації є надання військовослужбовцям та ветеранам допомоги у відновленні психічного здоров'я, полегшення перебігу ПТСР і супроводжуваних симптомів [13,15,16].

З метою вирішення основних задач медико-психологічної реабілітації необхідно враховувати особистісні фактори (для уникнення перенапруги адаптаційних механізмів) і дотримуватись таких основних *принципів* програми реабілітації:

- *принципу максимального синергічного співробітництва: лікар-пацієнт-психотерапевт (а в разі необхідності - члени сім'ї);*
- *багаторівневого характеру саногенних заходів;*
- *послідовності й етапності проведення заходів;*
- *принципу оптимальності застосування медико-психологічних, психотерапевтичних, медикаментозних і немедикаментозних заходів;*
- *погляду на особистість військовослужбовця як партнера в ході лікувального процесу.*

До медико-психологічної реабілітації, з урахуванням травматичного матеріалу, входять три *основні* етапи.

Початковий етап (2-3 доби) — адаптаційний етап (орієнтація, адаптація до місця перебування, оточення, налагодження контакту). Метою першого етапу є створення безпечного простору для адаптації, стабілізації й відновлення нормального функціонування.

У поліклініці Інституту ведеться реєстрація ветерана (далі пацієнт) і первинний лікарський огляд. Лікарі проводять діагностичне обстеження (збирають анамнез, звертаючи особливу увагу на соматичні скарги). У стаціонарі за кожним пацієнтом закріплюється лікуючий лікар, який визначає індивідуальну лікувально-реабілітаційну програму на основі мультидисциплінарного обговорення, відстежує динаміку стану пацієнта, веде історію хвороби.

Також за кожним пацієнтом закріплюється психолог, який проводить *структуроване діагностичне інтерв'ю* (особлива увага звертається на дослідження суїцидальних думок, суїцидальних

ризиків, вживання хімічних речовин, психосоматичні скарги, симптоми дисоціації, імпульсивності, емоційної лабільності та міжособистісні проблеми), *тестування*. Використовуються апробовані психодіагностичні методики, спрямовані на оцінку травмівних симптомів і вивчення травмівного досвіду пацієнтів. Зокрема: Міссісіпський опитувальник для бойового стресу (ПТСР) (військовий варіант), Метод скринінгу ПТСР (Бреслау), Шкала оцінки впливу травмівної події (ШОВТП), Анкета на виявлення симптомів ПТСР (Г. Солдатова та ін.), Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР), Опитувальник травматичного стресу І. О. Котеньова, Диференціальна діагностика депресивних станів В. А. Жмурова, Шкала депресії А. Т. Бека, Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР, Інтегративна модель опанування критичних і стресових станів — BASIC PH, Анкета здоров'я (PHQ – 9) та ін.

Основний етап (20-22 доби) — на цьому етапі цілеспрямовано використовуються конкретні підходи, розроблені для роботи з травмою.

На основному етапі проводиться психоедукація, метою якої є декатастрофізація – нормалізація, пояснення симптомів ПТСР (нормальна реакція на ненормальну подію). Велике значення надається формуванню у пацієнта системи уявлень, розумінню основних наслідків і психопатологічних реакцій, викликаних психічною травмою; навчанню й оволодінню методами самостійної роботи з симптомами; стабілізації симптомів; навчанню пацієнтів базовим технікам самодопомоги під час інтрузивних спогадів, тривоги; набуттю певних навичок та навчанню технік самоуправління і саморегуляції.

На цьому етапі може відбуватися конфронтація з травмівним матеріалом (якщо пацієнт готовий і просить працювати з симптоматикою, яка його переслідує) з використанням відповідних технік кожного з підходів, які рекомендовані в роботі з травмою.

Заключний етап (2-3 доби). Інтеграція досвіду, медико-психологічний супровід, підготовка до психосоціальної адаптації. На цьому етапі проводиться завершальна індивідуальна сесія, а також завершення всіх інших лікувальних заходів.

Структуровані умови стаціонару відкривають можливість для створення когнітивної рамки, в якій розгортається поетапно сплановане лікування і відновлення пацієнта, яке ми називаємо комплексним підходом до медико-психологічної реабілітації. І це є найперспективнішим підходом для усунення більшості проявів бойових стресових розладів. Ідеться про поєднання різноманітних психотерапевтичних методів і медикаментозної терапії.



Рис. 2. - Комплексний підхід до реабілітації

На рис.1 показано комплексний підхід до медико-психологічної реабілітації. До психологічної складової комплексного підходу входять: навчання (психоедукація), кризове консультування, індивідуальна психотерапія (до 6 сесій), групова психотерапія (до 5 сесій, в одній групі може бути присутніми не більше 10 осіб, тривалість групової роботи – 1,5-2 години), релаксаційні методи із засвоєнням елементів аутогенного тренування, метод ТОМАТІС терапія (нейросенсорна стимуляція).

До медичної складової входять: фізіотерапія (бальнеотерапія, рефлексотерапія, масаж, кисневий коктейль, магнітолазер, електропроцедури, пресотерапія, ударно-хвильова

терапія, озокерит) та фармакотерапія (лікування психоневрологічних порушень – седативні препарати, антидепресанти, снодійні тощо), лікування супутньої соматичної патології (судинні, вітамінні, гастроентерологічні, нейротрофічні тощо). Психофармакологічна терапія спрямована на зниження рівня ажитації, імпульсивності, агресивності, депресії та на нормалізацію сну.

Методи і техніки. Використовуються методи і техніки таких підходів у психотерапії: КПТ, гештальт-терапії, терапії мистецтвом і творчим самовираженням, психодрами, арт-терапії, символдрами, тілесно-орієнтованої психотерапії, травма-сфокусованої терапії, схема-терапії, остеопатії, EMDR, метафоричні асоціативні карти (МАК), біосугестії, арт- студія Art Re-hub (гончарство, малюнок, розписи на тканині), творчі терапевтичні заняття за супроводом психолога та інші методики.

Нами розроблена *«Картка психологічного супроводу»* для збору первинної інформації, релевантної до психотерапії та консультування; для фіксації динаміки внутрішнього стану когнітивних та емоційних процесів. В карті також відмічаються висновки та рекомендації для подальшої психологічної роботи (див. нижче).

Основна діяльність команди психологів за період 2014-2017 років полягала у проведенні *профілактичної, консультативно-психологічної та медико-психологічної, реабілітаційної роботи* з військовослужбовцями, ветеранами та членами їх сімей, волонтерами через консультування та психотерапію, сімейне консультування. За період з листопада 2014 року по т.ч. таку допомогу надано 850 ветеранам, із них 300 осіб повторних, які на сьогодні являють собою диспансерну групу; більше 30 цивільних (4 дружини загиблих військових, мати загиблого воїна, матері військовослужбовців, волонтери). 38 осіб із даної вибірки перебували в полоні та піддавалися тортурам.

Психологами Центру було проведено понад 5100 зустрічей в індивідуальному і біля 80 зустрічей у груповому форматах. Томатіс терапію розпочато в Центрі медико-психологічної реабілітації (відділенні) з липня 2015 року. За цей період пройшло 108 військовослужбовців та ветеранів і 4 члени їх сімей; 34 волонтери.

У більшості військовослужбовців та ветеранів, які перебували у відділенні медико-психологічної реабілітації протягом 2014-2016 років спостерігалися найхарактерніші порушення внутрішньої рівноваги: хронічна тривога, постійне очікування загрози, вразливість, сензитивність, вороже або насторожене ставлення до оточуючих, загострене почуття справедливості, агресивні та експлозивні реакції, почуття провини, інтрузії, флеш-беки, погіршення сну, кошмари тощо. Травма завжди тягне за собою підвищення внутрішнього напруження, що закономірно перешкоджає досягненню розслаблення. Безсоння, як наслідок психосоматичного збудження, виступало одним із основних посттравматичних симптомів.

Також, у більшості військовослужбовців та ветеранів, з якими ми працювали, відзначалося яскраво виражене бажання *бути зрозумілими* і потреба *бути соціально визнаними*.

Симптоматика у військовослужбовців та ветеранів, яку ми спостерігали протягом 2016-2017 років виглядає наступним чином:

- до 90 % соматоформні розлади: болі в попереку, головні болі, болі в області серця, «руки, ноги викручує», та проблеми зі сном (поганий сон, важко заснути, тривожний сон з частими прокиданнями, відсутність відчуття відпочинку після сну, кошмарні сни);
- дратівливість, напади агресії (до 70 %);
- проблеми з пам'яттю, хронічна тривога (біля 71 %);
- загострене почуття справедливості (образа на державу);
- проблеми в комунікації з родинними системами, з колишнім мирним населенням;
- депресивні стани, пригнічений настрій; відсутність бажань;
- проблеми з алкоголем;
- "неможливість рухатись далі";
- переоцінка особистісних цінностей та пошук нових сенсів, тощо.

Набутий досвід медико-психологічної реабілітації, комплексний підхід та потужна клінічна база ДУ Інституту медицини праці забезпечує позитивні результати лікування та відновлення стану психічного здоров'я учасників АТО. В результаті проведення 3-х річної програми медико-психологічної реабілітації «Дорога зцілення» можна говорити про ефективність програми стосовно наступних показників:

- відмічається редукція ПТСР і супутньої симптоматики;
- зниження інтенсивності основної психотравмівної симптоматики: зменшення тривожності, депресивних настроїв, соціальних дисфункцій, гніву;
- найяскравішими змінами психоемоційної сфери є: зменшення роздратування, агресії; покращення уваги, зменшення флешбеків, покращення настрою; зниження внутрішнього напруження, стабілізації емоційного стану; відновлюється відчуття власної цінності;
- ветерани, які пройшли курс медико-психологічної реабілітації по декілька разів (з інтервалом у часі півроку, рік) відмічають, що через деякий час після виписки зі стаціонару значно поліпшилась міжособистісна взаємодія з членами сім'ї та з найближчим оточенням; підвищилася впевненість у собі і своїх можливостях;
- включення в програму реабілітації методу Томатіс терапії також показує свою ефективність в роботі з ПТСР та постконтузійним синдромом (зниження активності, депресивний фон настрою, вестибулярні дисфункції, порушення слуху, порушення мовлення).

Задля реалізації такої багатокомпонентної моделі лікувально-реабілітаційних заходів необхідні злагоджені зусилля команди фахівців різного профілю. Тому у реабілітаційних центрах повинні працювати лікарі, психотерапевти, клінічні психологи, медичні сестри та ін.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Таким чином, результати проведеного дослідження та практичної роботи з військовослужбовцями і ветеранами, що знаходяться на реабілітації, дають підстави для наступних висновків: особливостями психотерапевтичної взаємодії психолога з військовослужбовцями та ветеранами, які знаходяться на реабілітації після травмівних подій, є терапевтичні стосунки, які концептуалізуються як «повторне достатньо хороше батьківство»; основним завданням психотерапевта в межах такого роду стосунків у просторі кризової допомоги є прийняття прихованих переживань та витіснених потреб клієнта, турбота про них, заспокоєння та підтримка, що є основним чинником змін та зменшення посттравматичної симптоматики.

Психотерапевтична, психологічна робота з військовослужбовцями та ветеранами, які знаходяться на

реабілітації в умовах стаціонару повинна проводитися не одним, а групою психологів, які доповнюють один одного; склад групи психологів повинен бути гетерогенним, що сприяє створенню можливостей для кращого їх розкриття.

Структуровані умови стаціонару відкривають можливість для створення когнітивної рамки, в якій розгортається поетапно сплановане лікування і відновлення пацієнта, яке ми називаємо комплексним підходом до медико-психологічної реабілітації. І це є вельми перспективним підходом для усунення більшості проявів стресових розладів військовослужбовців і ветеранів. Крім того, результати дослідження можуть стати основою для розроблення рекомендацій щодо провідного ефективного стилю стосунків з травмованими особами у просторі кризової психологічної допомоги та реабілітації.

Хочеться також відмітити, що для стабілізації тривожної симптоматики і формування сталих адаптаційних механізмів, для закріплення позитивного досвіду в лікуванні ПТСР та супутньої симптоматики в умовах стаціонару, для ветеранів необхідні подальші реабілітаційні заходи в умовах амбулаторного лікування, вони повинні продовжувати отримувати допомогу за місцем проживання, повинні бути включеними в співтовариства, спрямовані на їх реінтеграцію в структуру суспільних зв'язків.

Картка психологічного супроводу

1. Загальні відомості:

П.І.Б.: _____
 Вік: _____ Сімейний стан: _____ Діти: _____
 Освіта: _____ Діяльність: _____
 Контактний телефон: _____
Служба в АТО: Ветеран Мобілізований Доброволець Професійний військовий
 Інше _____
 Тривалість перебування в зоні АТО: з _____ по _____
 Інвалідність _____ Травми голови, контузії _____
 Поранення _____
 Перебування під обстрілами, в полоні _____
 Звернення до психологів. Проходження психологічної реабілітації раніше (коли?, де?) _____

2. Запит (словами клієнта)

3. Скарги:

<u>Тілесні прояви:</u>	<u>Емоційний стан:</u>
<input type="checkbox"/> головні болі	<input type="checkbox"/> підвищена тривожність, страх
<input type="checkbox"/> посилене серцебиття	<input type="checkbox"/> дратівливість або спалахи гніву, агресія
<input type="checkbox"/> підвищений чи понижений АТ	<input type="checkbox"/> немотивована пильність
<input type="checkbox"/> потіння	<input type="checkbox"/> надмірні полохливі реакції
<input type="checkbox"/> судоми	<input type="checkbox"/> апатія, байдужість
<input type="checkbox"/> нудота	<input type="checkbox"/> відчуття туги, смутку, депресії
<input type="checkbox"/> запаморочення, непритомність	<input type="checkbox"/> втрата інтересу до життя, радощів

<input type="checkbox"/> тремтіння, поколювання в пальцях	<input type="checkbox"/> відчуття самотності
<input type="checkbox"/> відчуття напруги м'язів	<input type="checkbox"/> відчуженість
<input type="checkbox"/> підвищена втомлюваність	<input type="checkbox"/> почуття провини
<input type="checkbox"/> відчуття слабкості	<input type="checkbox"/> почуття образи
<input type="checkbox"/> неспроможність розслабитися	<input type="checkbox"/> власна неспроможність
<input type="checkbox"/> біль в різних частинах тіла	<input type="checkbox"/> проблеми переживання позитив. емоцій
<input type="checkbox"/> втрата/підвищення ваги	<input type="checkbox"/> незадоволення собою, оточуючими
<u>Поведінкові прояви:</u>	
<input type="checkbox"/> втрата апетиту, переїдання	<input type="checkbox"/> проблеми з пам'яттю, забудькуватість
<input type="checkbox"/> порушення сну, погані сни, кошмари	<input type="checkbox"/> повторне переживання подій («спалахи»)
<input type="checkbox"/> уповільнена/прискорена мова	<input type="checkbox"/> нав'язливі думки, спогади, флешбеки
<input type="checkbox"/> труднощі в спілкуванні	<input type="checkbox"/> перевага негативних думок
<input type="checkbox"/> підвищена конфліктність, імпульсивність	<input type="checkbox"/> порушення логіки
<input type="checkbox"/> уникнення думок і почуттів	<input type="checkbox"/> порушення абстрактного мислення
<input type="checkbox"/> уникнення всього, що нагадує про травму	<input type="checkbox"/> часті помилки, неухважність
<input type="checkbox"/> проблеми в сім'ї (спілкування, взаємодія...)	<input type="checkbox"/> труднощі із концентрацією уваги
<input type="checkbox"/> соціальна самоізоляція	<input type="checkbox"/> самозвинувачення або звинувачення ін.
<input type="checkbox"/> низька продуктивність діяльності	<input type="checkbox"/> роздуми про помсту
<input type="checkbox"/> сексуальна дисфункція	<input type="checkbox"/> роздуми про відновлення справедливості
<input type="checkbox"/> зловживання алкоголем, психоакт. речов.	<input type="checkbox"/> втрата сенсу життя

4. Суйцид /гоміцид (школа собі/шкода іншим)

☐ Клієнт заперечує думки про суйцид в минулому чи зараз

☐ Клієнт має зараз суйцидальні думки

☐ У клієнта є план нашкодити собі/іншим.

Перерахуйте іншу інформацію, що стосується зазначеної вище (особливості думок про суйцид/гоміцид, план, засоби, сімейну історію, а також **будь-який план безпеки, який може бути втілений**)

5. Протокол діагностичного обстеження

Депресія (за методиками _____)

- ☐ – відсутність депресивних симптомів
- ☐ – депресія легкого ступеню
- ☐ – депресія помірного ступеню
- ☐ – депресія вираженого ступеню (середня тяжкість)
- ☐ – депресія важкого ступеню

Тривога (за методиками _____)

- ☐ – відсутність тривожних симптомів
- ☐ – нормальна тривога
- ☐ – тривога помірного ступеню
- ☐ – тривога вираженого ступеню
- ☐ – високий ступінь тривоги

ПТСР (за методиками _____)

ГСР _____

Шкала інтенсивності стресу (наскільки симптоми і переживання заважають нормальному функціонуванню у повсякденному житті - суб'єктивна оцінка)

на вході ☐---☐---☐---☐---☐---☐---☐---☐---☐---☐

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

на виході ☐---☐---☐---☐---☐---☐---☐---☐---☐---☐

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Психологічні/психотерапевтичні інтервенції (кількість сеансів, форми роботи (індивідуальна, групова), методи, методики діагностично-терапевтичної спрямованості техніки, інші форми роботи)

Висновок: _____

Термін курсу психологічної реабілітації з _____ по _____

Надавач послуг _____ (підпис, прізвище та ініціали)

З висновками і рекомендаціями ознайомлений:

Список використаної літератури

1. Боуэн М. В. Духовность и личностно-центрированный подход // Вопросы психологии, 1992. № 3. – 79 с.
2. Иванов Д. А. Психолого-психіатричні аспекти миротворчої діяльності. Психічні розлади у військовослужбовців: клініка, діагностика, лікування, психопрофілактика, реабілітація. – Чернівці, 2007. – 424 с.
3. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь: учебное пособие / Р. В. Кадыров. — СПб. : Речь, 2012. — 448 с.
4. Кан М. Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения. / Пер. с англ. В. В. Зеленковского, М.Пусь. — СПб. : Б.С.К.,1997. — 138 с.
5. Кочунас Р. Основы психологического консультирования. — М. : Академический проект, 1999. — 240 с.
6. Психотерапия — что это? Современные представления / Под ред. Дж. К. Зейга и В. М. Мьюниона / Пер. с англ. Л.С. Каганова. — М. : Независимая фирма “Класс”, 2000. — 432 с.
7. Роджерс К. Становление личности. Взгляд на психотерапию. — М. : Эксмо – пресс, 2001. — 416 с. (Серия «Психологическая коллекция») — С. 125-126.
8. Литвиненко Л. Л. Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців // Психологічна допомога особистості в кризових соціокультурних умовах : тези Міжнародної науково-практичної конференції (Київ, 29-30 жовтня 2015 року) / за наук. редакцією С. Д. Максименка, З. Г. Кісарчук. — К. : ТОВ “Видавництво “Логос”. — с. 54-58.
9. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации / И. Г. Малкина-Пых. — М. : Изд-во Эксмо, 2005. — 960 с.
10. Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Казакова С. Є. та ін. Посттравматичні стресові розлади : Навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б.В. Михайлова. — Х.: ХМАПО, 2013. — 224 с.
11. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / Мартіна Мюллер. — Львів : Видавництво Українського католицького університету, Свідчадо, 2014. — 120 с.
12. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. — К. : ТОВ Видавництво “Логос”. — 207 с.

13. Психологія поведінки на війні : практичний poradnik. Навчальний посібник / колектив авторів; за заг. ред. В. І. Осьодла. — К. : НУОУ, 2014. — 125 с.
14. Романчук О. Сім'я, що зцілює : основи терапевтичного батьківства дітей, що зазнали скривдження та емоційного занедбання. — Львів : Колесо, 2011. — 246 с.
15. Снедков Е. В. Психогенные реакции боевой обстановки (клинико-динамическое исследование на материале афганской войны) : Дис. канд. мед. наук. — СПб, 1992. — 325 с.
16. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч.1 Теория и методы / Н. В. Тарабрина, В. А. Агарков, Ю. В. Быхолец и др. — М. : Изд-во «Когито-Центр», 2007. — 208 с.
17. Титаренко Т. М. Кризове психологічне консультування / Т. М. Титаренко. — К. : Главник, 2004. — 96 с.
18. Тохтамиш О. М. Реабілітаційна психологія : навчально-методичний посібник / О. М. Тохтамиш. — Вінниця : Віндрук, 2014. — 100 с. : табл.
19. Фридман М. Дж. Посттравматическое стрессовое расстройство. Психологическая энциклопедия. 2-е изд. / Под. ред. Р. Карсини, А. Ауренбаха. — СПб. : Питер, 2006. — С.869-870.
20. Шестопалова Л. Ф. Особенности социально-психологической адаптации ветеранов боевых действий в Афганистане (медико-психологические аспекты) // Украинский медицинский альманах. — 2000. — Т.3, №2. — С. 183-184.
21. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Эдны Фоа, Теренса М. Кина, Мэтью Фридмана. — М. : «Когито-Центр», 2005. — 467 с. (Клиническая психология)
22. Ялом И. Групповая психотерапия. Теория и практика. / Пер. с англ. — М.: Апрель Пресс, изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. — 576. (Серия «Кафедра психологии»).
23. Adler R. B. et all. Interplay : The process of interpersonal communication / Ronald B. Adler, Lawrence B. Roscnfeld, Neil Towne / 2 e * ed. - New York etc.: Holt, Rinehart and Winston, cop. 1983. - Tokyo: Holt - Saunders. - X, 308 p.

References transliterated

1. Bouen M. V. Dukhovnost' i lichnostno-tsentrirovanny podkhod // Voprosy psikhologii. 1992. № 3. — 79 s.
2. Ívanov D.A. Psikhologo-psikhíatrichní aspekti mirotvorchoí díyal'ností. Psikhíchní rozladi u výs'kovosluzhbovtsív: klíníka, díagnostika, líkuvannya, psikhoprofilaktika, reabílítatsíya.- Chernívtsí, 2007.- 424 s.

3. Kadyrov R. V. Posttravmaticheskoye stressovoye rasstroystvo (PTSD): sostoyaniye problemy, psikhodiagnostika i psikhologicheskaya pomoshch': uchebnoye posobiye / R. V. Kadyrov. — SPb. : Rech', 2012. — 448 s.
4. Kan, M. Mezhdru psikhoterapevtom i kliyentom: novyye vzaimootnosheniya. / Per. s angl. V. V. Zelenkovskogo, M.Pus'. - SPb.: B.S.K.,1997. – 138 s.
5. Kochunas, R. Osnovy psikhologicheskogo konsul'tirovaniya: M.: Akademicheskiiy proyekt, 1999. – 240 s.
6. Psikhoterapiya — chto eto? Sovremennyye predstavleniya/Pod red. Dzh.K. Zeyga i V.M. M'yuniona / Per.s angl. L.S. Kaganova. — M.: Nezavisimaya firma “Klass”, 2000. — 432 s.
7. Rodzhers, K. Stanovleniye lichnosti. Vzgl'yad na psikhoterapiyu. M.: Eksmo - press, 2001. - 416. (Seriya «Psikhologicheskaya kollektsiya»)125-126.
8. Litvinenko L. L. Mediko-psikhologíchna reabílítatsíya víys'kovosluzhbovt sív // Psikhologíchna dopomoga osobistostí v krizovíkh sotsíokul'turníkh umovakh : tezi Mízhnarodnoí naukovo-praktichnoí konferentsíí (Kiív, 29-30 zhovtnya 2015 roku) /za nauk. redaktsíeyu S.D.Maksimenka, Z.G.Kísarchuk. – K. : TOV “Vidavnitstvo “Logos”. – s. 54-58.
9. Malkina-Pykh I. G. Ekstremal'nyye situatsii / I. G. Malkina-Pykh. — M. : Izd-vo Eksmo, 2005. — 960 s.
- 10.Mikhaylov B.V., Chugunov V.V., Kazakova S.Ê. ta ín. Posttravmatichní stresoví rozladi: Navchal'niy posíbnik / Píd zag. red. prof. B.V. Mikhaylova.- KH.: KHAMPO, 2013. – 224 s.
- 11.Myuller M. Yakshcho vi perezhili psikhotravmuyuchu podíyu / Martína Myuller. — L'vív: Vidavnitstvo Ukraíns'kogo katolits'kogo uníversitetu, Svídchado, 2014. — 120 s.
- 12.Psikhologíchna dopomoga postrazhdalim vnaslídok krizovíkh travmatichníkh podíy: metodichniy posíbnik / Z. G. Kísarchuk, YA. M. Omel'chenko, G. P. Lazos, L. Í. Litvinenko... Tsarenko L. G.; za red. Z. G. Kísarchuk. — K. : TOV Vidavnitstvo “Logos”. – 207 s.
- 13.Psikhologíya povedínki na víyní: praktichniy poradnik. Navchal'niy posíbnik / kolektiv avtorív; za zag. red. V.Í. Os'odla. – K. : NUOU, 2014. – 125 s.
- 14.Romanchuk O.Cím'ya, shcho ztsílyuê: osnovi terapevtichnogobat'kívtstva dítey, shcho zaznali skrivdzhennya ta yemotsíynogozanedbannya. – L'vív: Koleso, 2011.– 246 s.
- 15.Snedkov Ye.V. Psikhogennyye reaktsii boyevoy obstanovki (kliniko-dinamicheskoye issledovaniye na materiale afganskoy voyny): Dis. kand. med. nauk.- SPb, 1992.– 325 s.
- 16.Tarabrina N. V. Prakticheskoye rukovodstvo po psikhologii posttravmaticheskogo stressa. CH.1 Teoriya i metody / N. V. Tarabrina, V.

- A. Agarkov, YU. V. Bykhovets i dr. — M. : Izd-vo «Kogito-Tsentr», 2007. — 208 s.
17. Titarenko T.M. Krizove psikhologichne konsul'tuvannya / T. M. Titarenko. — K.: Glavnik, 2004. — 96 s/
 18. Tokhtamish O. M. Reabilitatsiyna psikhologiya : navchal'no-metodichniy posibnik / O. M. Tokhtamish. — Vinnitsya : Vindruk, 2014. — 100 s. : tabl.
 19. Fridman M. Dzh. Posttravmaticheskoye stressovoye rasstroystvo. Psikhologicheskaya entsiklopediya. 2-ye izd. / Pod. red. R. Karsini, A. Aurenbakha. — SPb. : Piter, 2006. — S.869-870.
 20. Shestopalova L.F. Osobennosti sotsial'no-psikhologicheskoy adaptatsii veteranov boyevykh deystviy v Afganistane (mediko-psikhologicheskiye aspekty) // Ukrainskiy meditsinskiy al'manakh.- 2000.- T.3, №2.- S. 183-184.
 21. Effektivnaya terapiya posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva / Pod red. Edny Foa, Terensa M. Kina, Met'yu Fridmana. - M.: «Kogito-Tsentr», 2005. - 467 s. (Klinicheskaya psikhologiya)
 22. Yalom, I. Gruppovaya psikhoterapiya. Teoriya i praktika. / Per. s angl. — M.: April' Press, izd-vo EKSMO-Press, 2001. — 576. (Seriya «Kafedra psikhologii»).
 23. Adler, R.B. et all. Interplay: The process of interpersonal communication / Ronald B. Adler, Lawrence B. Roscnfeld, Neil Towne / 2 ye * ed. - New York etc.: Holt, Rinehart and Winston, cop. 1983. - Tokyo: Holt - Saunders. - X, 308 p.

Lytvynenko L. I. Medical and psychological rehabilitation of servicemen and mobilized. In the article the short-term (24 days) model of medical and psychological rehabilitation of servicemen and demobilized. This model is characterized by a special rehabilitation methodical approach to treatment that takes into account the relationship between trauma and symptoms and impaired functioning of the individual, the organization process of the treatment of medical personnel in cooperation with a team of psychologists trained in working with trauma. The rehabilitation program at the hospital is diverse and involves the application of different interventions in nature that allows us to consider it as a "meta-therapy" and involves going beyond purely trauma so that the center appeared a holistic personality.

Key words: post-traumatic stress disorder (PTSD), intrusions, avoidance, psychological support, psychological rehabilitation, medical and psychological rehabilitation.

Відомості про автора

Литвиненко Людмила Іванівна, науковий співробітник, психолог-консультант лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, керівник Кризового центру медико-психологічної допомоги, м. Київ, Україна.

Liudmyla Lytvynenko, Research Fellow at the Laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, G.S.Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Head of Crisis Center medical and psychological assistance. Kyiv, Ukraine. lulimak@mail.ru

РЕФЕРАТ

Литвиненко Л. І.

Підтримка та медико-психологічна реабілітація учасників АТО: досвід реалізації програми «Дорога зцілення»

Автор статті представляє апробацію програми медико-психологічної реабілітації військовослужбовців та демобілізованих, яка проводиться в межах виконання науково-дослідної теми лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України на базі Центру медико-психологічної реабілітації ДУ «Інститут медицини праці НАМН України».

Одним із наслідків психотравми та спричинених нею розладів є ПТСР – базальний психотравматичний синдром, який розвивається в результаті переживання травмівних подій і є нормальною реакцією психіки на ненормальні травмівні ситуації.

Запропонована програма реабілітації характеризується особливим методичним підходом до лікування в умовах стаціонару, вона є різноплановою та передбачає застосування різних за своїм характером інтервенцій, що дозволяє розглядати її як «мета-терапію» і передбачає вихід за межі суто травматизації таким чином, щоб у центрі з'являлася цілісна особистість.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), уникнення, психологічна підтримка, медико-психологічна

реабілітація, рефлекс придушення, зона прихованих переживань, «повторне достатньо хороше батьківство».

УДК 364.628-786-058.833-055.2

Журавльова Н. Ю.

СПЕЦИФІКА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО СТОСУНКУ У РОБОТІ ПСИХОЛОГА З ДРУЖИНАМИ ВЕТЕРАНІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Журавльова Н. Ю. Специфіка психотерапевтичного стосунку у роботі психолога з дружинами ветеранів бойових дій. Стаття присвячена особливостям взаємодії психолога з дружинами ветеранів бойових дій. Досліджується психологічна проблематика дружин демобілізованих військових, специфіка потреб жінок у контакті з психотерапевтом. Психотерапевтичний стосунок розглядається як вагомий фактор перебігу психотерапії. Визначено якісні характеристики продуктивних психотерапевтичних стосунків у роботі з означеною категорією жінок. Представлено наукову рефлексію професійного досвіду психологічної допомоги дружинам ветеранів.

Ключові слова: психологічна допомога, психотерапевтичний стосунок, дружини ветеранів бойових дій, кризові події, посттравматичний синдром (ПТСР), психологічні потреби, психоедукація.

Журавлева Н. Ю. Специфика психотерапевтических отношений в работе психолога с женами ветеранов боевых действий. Статья посвящена особенностям взаимодействия психолога с женами ветеранов боевых действий. Исследуется психологическая проблематика жён демобилизованных военных, специфика потребностей женщин в контакте с психотерапевтом. Психотерапевтические отношения рассматриваются как значимый фактор развития процесса психотерапии. Определены качественные характеристики продуктивных психотерапевтических отношений в работе с супругами вернувшихся с фронта бойцов. Представлена

научная рефлексия профессионального опыта психологической помощи женам ветеранов.

Ключевые слова: психологическая помощь, психотерапевтические отношения, жены ветеранов боевых действий, кризисные события, посттравматический синдром (ПТСР), психологические потребности, психоэдукация.

Постановка проблеми. Кризові події останніх років в Україні ставлять питання психологічної допомоги родичам демобілізованих військовослужбовців з особливою гостротою. Сім'ї військовослужбовців несуть підвищене емоційне навантаження під час очікування чоловіків із зони бойових дій, а після їхньої демобілізації нерідко стикаються зі складними психоемоційними станами, психологічними реакціями ветеранів.

Виражене емоційне і фізичне напруження відчують дружини бійців, які опинилися, по суті, на лінії «другого фронту» – фронту підтримки сім'ї в її повсякденності: в період бойової служби чоловіка і на етапі ресоціалізації ветерана після його повернення до мирного життя. Беручи до уваги можливі утруднення післявоєнного етапу життя сім'ї ветеранів бойових дій, фахівці розглядають категорію близьких родичів бійців, зокрема їхніх дружин, як окрему групу, що потребує професійної психологічної підтримки. У контексті психологічної роботи з дружинами військових є актуальним дослідження особливостей формування психотерапевтичного контакту з ними як важливої умови надання якісної психологічної допомоги.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Значимість професійної підтримки сімей демобілізованих військовослужбовців активно дискутується як на наукових конференціях та в публікаціях українських і зарубіжних дослідників (В. Глебов, І. Пампура, В. Остапович, І. Рева та ін.), так і у вітчизняних засобах масової інформації, у численних інтерв'ю українських військових психологів, психологів-волонтерів (А. Баца, О. Єверет, А. Волкова, А. Козінчук) [6]. Фахівці зазначають важливість якісного психотерапевтичного супроводу військових, які повернулися з фронту, необхідність подолання можливих негативних наслідків бойових травм, проявів посттравматичного синдрому (ПТСР), підкреслюють цінність підтримки бійців їхніми рідними на шляху психологічного зцілення, зокрема, приділяється особлива увага

якості подружніх стосунків, ролі дружини на етапі реабілітації ветеранів [5; 12; 16]. Цінність участі рідних, їхні турботи, адекватне розуміння процесів, що відбуваються в сім'ї під час фізичного і емоційного відновлення захисників, підкреслюється багатьма дослідниками [2; 3 та ін.].

Питання необхідності психологічної допомоги дружинам військових активно ставиться у публікаціях як зарубіжних, так і вітчизняних фахівців [2; 12; 18]. Роздумами стосовно психологічної підтримки цього контингенту постраждалих відверто діляться українські військові психологи, психологи-волонтери, що відображається у їхніх численних виступах у засобах масової інформації [1; 13; 15]. У цих публікаціях, в повідомленнях на інтернет-ресурсах міститься живий і дуже цінний досвід, важливий для розуміння тих проблем, з якими зіткнулися дружини демобілізованих військових. Разом із тим наукове осмислення теми психологічної допомоги дружинам ветеранів бойових дій поки ще належно не відображено у фахових публікаціях. Зокрема, вкрай мало приділяється уваги такому важливому в контексті психологічної допомоги питанню як специфіка формування психотерапевтичних стосунків із зазначеною категорією жінок, встановленню психологічного контакту з ними.

Метою статті є дослідження особливостей формування психотерапевтичного контакту з дружинами ветеранів бойових дій, з'ясування якісних характеристик продуктивних психотерапевтичних стосунків із цією категорією жінок як важливої умови надання належної психологічної допомоги дружинам бійців.

Викладення основного матеріалу та результатів дослідження. Визначення факторів формування психотерапевтичних стосунків у роботі з дружинами демобілізованих військовослужбовців здійснювалося через вирішення наступних завдань дослідження: 1) з'ясування психологічної проблематики дружин ветеранів; 2) виявлення специфіки встановлення психотерапевтичного контакту з жінками; 3) виокремлення якісних характеристик продуктивних (підтримуючих) стосунків психолога з дружинами демобілізованих військовослужбовців; 4) викладення рекомендацій для дружин ветеранів щодо налагодження стосунків і гармонійної атмосфери в сім'ї.

Основними *методами* дослідження стали: напівструктуроване інтерв'ю з психологами, що мали досвід психологічної допомоги дружинам демобілізованих військовослужбовців із зони АТО; структуроване спостереження у випадках власної психотерапевтичної роботи з дружинами захисників та з подружжям ветеранів; узагальнення та систематизація власного та набутого вітчизняними фахівцями практичного досвіду допомоги сім'ям ветеранів.

Виходячи зі специфіки контингенту досліджуваних та особливостей експериментальної ситуації нами були обрані методи, що відповідали таким критеріям: не обтяжливі для досліджуваних, оскільки дружини ветеранів у переважній більшості вже перебувають у стані емоційного перевантаження, і такі, що дозволяли поєднувати збір емпіричного матеріалу із наданням психотерапевтичної допомоги. Обрані методи наближені до природного спілкування, спрямовані на збір якісних характеристик, лаконічні за форматом, що є важливим для даного дослідження [8].

Представимо перелік запитань, що склали основу напівструктурованого інтерв'ю у нашому дослідженні.

1. Як би Ви охарактеризували психоемоційний стан дружин ветеранів, з якими працювали?

2. З якими проблемами, труднощами, питаннями дружини ветеранів до Вас зверталися? Зокрема, чи зустрічалися у якості запитів жінок такі теми:

- питання психоемоційної регуляції власного стану (тривога, злість, роздратування, образа, провина, втома тощо);
- потреба в інформації стосовно ПТСР, впливу бойової травми на психоемоційний стан і поведінку ветерана;
- утруднення в стосунках із чоловіком (конфлікти, напруження тощо);
- конфлікти з іншими родичами;
- стосунки з дітьми;
- матеріально-побутові проблеми сім'ї;
- інше.

3. Які особливості встановлення психологічного контакту з дружинами ветеранів Ви відчули? Якого ставлення з Вашого боку вони, за Вашими спостереженнями, потребували?

4. Якщо стосунки склалися, то що, на Ваш погляд, цьому сприяло?

5. Що, з Вашого досвіду, може заважати розвитку стосунків «психолог-клієнт» у психотерапевтичній роботі з жінками даної категорії?

Метод структурованого спостереження, що застосовувався під час власної психотерапевтичної роботи, був зорієнтований на ті ж аспекти, що й виокремлені в інтерв'ю, а саме: психоемоційний стан та самопочуття дружин ветеранів, їхню проблематику – скарги, бажання, потреби (усвідомлені й неусвідомлені), внутрішні та зовнішні ресурси жінок, ситуацію у сім'ї, якість стосунків у подружній парі, потребу в інформації стосовно ПТСР та питань взаємодії з ветеранами, очікування від терапії й від терапевта, зокрема особливості їхніх потреб у стосунках із терапевтом. Окрема увага надавалася спостереженню за факторами, що впливали на якість стосунків «клієнт-терапевт», а саме, стилю взаємодії, ставленню психолога до жінки, особливостям прояву такого ставлення, що сприймалося жінкою як таке, що підтримує.

У дослідженні взяли участь 27 психологів-волонтерів із досвідом психотерапевтичної роботи від 4 до 18 років. Власний дослідницький досвід психологічної допомоги набувався у роботі з 19^{-ма} дружинами ветеранів упродовж 2016 року.

Особливості психологічної проблематики дружин ветеранів. Емоційний стан дружин ветеранів виявився багато в чому зумовленим психологічним статусом чоловіків, які повернулися з передової. Різного плану труднощі післявоєнної адаптації чоловіків (бойова травма впливає на психоемоційний стан демобілізованих військовослужбовців, на їхню здатність перебувати у стосунках, брати участь в житті сім'ї) в значній мірі лягають на плечі дружин демобілізованих, спричиняють додаткове навантаження на сферу їхніх турбот, можуть ускладнювати емоційне і фізичне самопочуття жінок. Якщо наслідки участі чоловіка в бойових діях серйозні, жінка нерідко потрапляє в ситуації, які їй важко подолати. Якщо посттравматичні реакції ветерана виявлялися помітно вираженими, дружини зізнавалися, що їм важко справлятися з емоційною нестабільністю демобілізованих, складно витримувати їхнє небажання контактувати з соціумом, їхню закритість, відстороненість, апатичність. Жінки відзначали, що їм було важко

знаходити підхід до близьких, вони не могли зрозуміти, про що можна говорити з колишніми фронтовиками, про що ні; напрацьований раніше досвід спілкування з рідними виявлявся малопродуктивним. Серйозною проблемою для деяких сімей стала виражена алкоголізація й агресивність чоловіків. Спроби жінок на інтуїтивному рівні запобігти, вирішити або мінімізувати негативні наслідки участі чоловіків у бойових діях, за висновками психологів, що брали участь у дослідженні, далеко не завжди призводили до позитивних результатів. Дружини демобілізованих часто скаржилися на сімейний дискомфорт, напруження у стосунках, конфлікти, розгубленість. Їм важко зрозуміти і прийняти зміни, що відбулися з їхніми чоловіками.

Часто причиною сімейних конфліктів ставала відмова близьких прийняти ветерана таким, яким він став, тобто в його новій якості. Дружини намагалися «втягнути» з рідної людини знайомі реакції, звичний стиль поведінки та ставлення до себе, видавались неуважними до його нового «Я», ігнорували намагання чоловіка пред'явити свою «інакшість», не сприймали його прямоту, внутрішній дискомфорт, часом бурхливі прояви. Жінки відзначали власну підвищену тривогу, дратівливість, втому, безсоння, страх за подальшу долю родини в цілому. Якщо напруження в сім'ї ставало занадто великим, деякі жінки намагались розібратися в собі і зрозуміти, наскільки вони готові сприймати, терпіти, любити і підтримувати чоловіка, що повернувся з фронту. Іноді розрив сімейних стосунків зневіреній жінці здавався єдиним виходом із ситуації, що склалася. Були випадки, що ініціатором розлучення ставали чоловіки – досвід війни зробив їх більш категоричними. Дехто усвідомив, що любові в сім'ї не було і до війни. Взаємини подружжя випробовуються війною в кожній родині. І кожна сім'я вже на внутрішньому фронті, а не на зовнішньому, стикається зі своїми «барикадами», веде свій бій, по-своєму відповідає на життєві виклики. Отже, як вважають психологи-волонтери, що взяли участь в опитуванні, дружини учасників бойових дій, які зіткнулися з вищезначеними життєвими ситуаціями і переживаннями, безумовно, потребують певних реабілітаційних заходів, і насамперед – психологічної допомоги.

Специфіка формування психотерапевтичних стосунків у роботі з дружинами демобілізованих військовослужбовців. Як

відомо, психотерапевтичні стосунки мають власні чинники формування або структурні складові, змістовне наповнення яких визначається психологічними особливостями і потребами клієнта, специфікою клієнтського запиту, методами роботи [10; 11].

Аналіз досвіду психологічного супроводу дружин демобілізованих військовослужбовців дозволив виділити низку факторів, що впливають на якість психотерапевтичного контакту з ними і, в результаті, на ефективність психотерапевтичної допомоги загалом: психологічні потреби даної категорії жінок, характеристики стосунків психолога з дружинами військових (ставлення психолога до жінок – клієнтів психотерапії та стиль взаємодії з ними), зміст спілкування. Розглянемо докладніше змістовну складову визначених вище чинників *формування психотерапевтичних стосунків із дружинами ветеранів*.

Насамперед звертають на себе увагу *психологічні потреби жінок* у розумінні, співчутті, підтримці, позитивній оцінці зусиль щодо турботи про сім'ю загалом. Дружині військового дуже важливо відчувати, що психолог розуміє її емоційний стан, проявляє інтерес до її внутрішнього світу, не байдужий до турбот жінки; приймає непростий і часом драматичний досвід дружини бійця, її переживання, не засуджує за суперечливі почуття чи вчинки, поважає її право на свою власну точку зору. Жінці важливо побачити у психологові стійку і надійну фігуру – людину, якій можна довірити тривоги, сумніви, надії і радощі; з яким можна говорити як про прості буденні речі, так і про найглибше і дуже особисте, потаємне [6].

Особливе значення в роботі з українськими жінками-дружинами військових, за результатами нашого дослідження, є розуміння і вміння психолога відгукнутися також на потребу у визнанні мужності і зусиль самих цих жінок у період випробувань, що випали на їхню родину: у підтримці чоловіка в час, коли він воював; у визнанні неймовірної тривоги за нього під час його служби; у визнанні її зусиль по турботі про дітей і сім'ю, коли чоловік був на фронті; у визнанні того, що вона своєю причетністю до життя чоловіка-воїна, по суті, теж воювала за наше загальне благополуччя. Таким чином, у психологічному контакті з дружиною ветерана психологу важливо враховувати потребу жінки в повазі, у визнанні складнощів, з якими вона зіткнулася, та повазі до її

внутрішньої стійкості в боротьбі з життєвими викликами; важливо підтримувати її самооцінку, позитивний образ себе, а також її зусилля стосовно того, що вона робить для адаптації чоловіка після демобілізації.

За результатами цього дослідження вищезначені потреби жінок найкраще задовольняються за умови *певного ставлення психолога* до них, а саме, через прояви терапевтом прийняття, розуміння, емпатії, визнання. Сприятливими умовами щодо реалізації такого ставлення у психотерапевтичній роботі з дружинами ветеранів, з огляду на специфіку їхніх психологічних потреб, зумовлених перебігом сімейної ситуації, виявилися характерні *особливості стилю взаємодії фахівця з жінками* як партнерського, шанобливого, доброзичливого, уважного, такого, що пропонує безпеку, захист, укріплює довіру, впевненість і надію, відтворює турботливу зацікавленість психолога у загальному благополуччі жінки.

Розглянемо докладніше *позитивний ресурс партнерського стилю спілкування* психолога з дружинами ветеранів. За нашими дослідженнями цей стиль спілкування з даною категорією постраждалих виявився продуктивним з наступних причин. По-перше, спілкування на рівних у зазначеній ситуації підтримує і зміцнює наявні психологічні ресурси жінки: віру в себе і у свої сили, підсилює її стійкість, вміння спиратися на внутрішню позицію «активного, зрілого дорослого» на протигагу позиції залежної від обставин «жертви», яка, в свою чергу, найчастіше зумовлена актуалізацією стресового регресивного стану «внутрішньої безпомічної дитини». По-друге, спілкування на рівних дозволяє жінці засвоїти такий стиль взаємодії, а потім спиратися на нього при контактуванні з чоловіком, і таким чином, вже в рідній людині підтримувати впевненість і почуття партнерства, що є ресурсним фактором у контексті ресоціалізації чоловіка, гармонізації його життя, а також у житті сім'ї загалом. Партнерська позиція дружини у стосунках із чоловіком-ветераном дозволяє їй не впадати ні в роль «матусі, що сюсюкає», зустрічаючись із проявами слабкості чоловіка; ні в домінуючу роль авторитарної господині-лідера, яка навчилася всі питання сім'ї вирішувати одноосібно, без чоловіка. Вміння будувати партнерські взаємини також може вберегти жінку

від позиції «жертви» у випадку вираженої неадекватності або агресивності близької людини.

Таким чином, розглянуті вище характеристики ставлення психолога до дружин ветеранів, особливості загального стилю спілкування з ними в значній мірі відповідають актуальним потребам жінок, сприяють створенню в їхньому сприйнятті потужного почуття підтримки, що позитивно впливає на якість психотерапевтичних стосунків із даною категорією постраждалих.

Зупинимося на питаннях *змісту спілкування психолога з дружинами ветеранів*. Позначимо основні теми, що хвилюють жінок при зверненні за психологічною допомогою, відгук на які важливий для встановлення і підтримки якісних психотерапевтичних стосунків. Дружини учасників АТО потребують розуміння змін, що сталися з бійцями в період їхнього перебування на передовій, впливу бойового досвіду на поведінку чоловіків. Їм важливо засвоїти специфіку спілкування з демобілізованим, навчитися орієнтуватися в особливостях динаміки різних процесів життя сім'ї (структурних, ієрархічних, комунікативних тощо), які виникають при поверненні військових додому. Жінкам важливо вміти розуміти себе та власні реакції на ті, чи інші сімейні ситуації, бажано оволодіти навичками емоційної регуляції, розширити спектр власних комунікативних умінь, навчитися піклуватися про себе.

Всі ці питання можуть обговорюватися з жінками у форматі психоедукації. Психоедукація є, по суті, інформаційною підтримкою у вигляді пояснювальних моделей і рекомендацій, які допомагають рідним захисників зорієнтуватися в ситуації, що склалася й отримати уявлення про можливі способи дії у важкі хвилини. Розуміння того, що відбувається, теоретична підготовленість до варіантів сприйняття, інтерпретації та відгуку на проблемні аспекти сімейного життя знижує рівень тривожності, напруження, сприяє поверненню почуття контролю над ситуацією, відроджує надію на благополучне вирішення негараздів, що виникли в родині. Якісно проведена психоедукація допомагає встановленню контакту психолога з дружиною ветерана, створенню атмосфери довіри і служить гарним початком для подальшої психологічної роботи.

Розглянемо докладніше найбільш затребувані жінками теми спілкування в контексті психологічної допомоги у вигляді практичних рекомендацій дружинам ветеранів бойових дій. Пропонуємо можливі варіанти представлення відгуку на актуальні для дружин демобілізованих військових питання у форматі психоедукації. Важливість обраних тем, корисність їхнього обговорювання підтверджується нашими дослідженнями, власним психотерапевтичним досвідом, напрацюваннями інших фахівців, як співвітчизників, так і зарубіжних психологів, досвід яких ми також застосовували у викладенні даного матеріалу (А. Баца, О. Єверет, В. Глебов, Е. Варлакова, А. Караяні, О. Кляпец, А. Козінчук, О. Костюк, Т. Кукуєва, А. Федорець та ін.) [1; 2; 3; 4; 5; 7; 9; 12; 13; 14; 17; 19].

Практичні рекомендації дружинам ветеранів стосовно налагодження сприятливого психологічного клімату у сім'ї. Війна суттєво змінює людину. Бійці повертаються додому іншими. Їх важливо приймати такими, якими вони прийшли з війни — з їхньою агресією, прямоотою, внутрішнім дискомфортом. Любов, прийняття, турбота рідних вкрай потрібні ветерану на етапі психоемоційного відновлення та ресоціалізації.

Необхідно допомогти чоловікові повернутися до звичного повсякденного життя, залучати його у міру готовності до вирішення побутових питань, повертати значимість у сім'ї, авторитет і відповідальність. Робити це треба коректно, м'яко, з повагою та любов'ю.

Якщо боєць хоче чимось поділитися, необхідно вислухати уважно й зацікавлено. Не треба настирливо випитувати про війну, але його бажання виговоритися не можна ігнорувати; важливо, щоб чоловік відчув — поруч із ним рідна людина, для якої він сам, його почуття, роздуми, спогади є важливими.

Значною підтримкою чоловікові є уважне ставлення дружини до нових і колишніх друзів бійця, бойових товаришів, «побратимів». Спілкування з ними є суттєвою частиною емоційного зцілення і соціальної адаптації ветерана.

Ситуації прояву агресії демобілізованими в сім'ї не прості. При проявах чоловіком словесної агресії важливо намагатися говорити з ним спокійно, бути прикладом і джерелом врівноваженості, але без емоційної холодності і відчуженості. Така

поведінка дружини допоможе чоловікові швидше заспокоїтися. Якщо прояви агресії ветерана такі, що є ризик фізичної шкоди собі чи іншим — потрібно викликати фахівців.

Важливо підтримувати спілкування ветерана з дітьми (якщо з боку чоловіка немає проявів неконтрольованої агресії). Така взаємодія корисна і дорослим, і дітям.

Крім того, діти потребують особливої уваги під час налагодження життя сім'ї. Якщо у них виявлятиметься підвищена тривожність, сльози, порушення сну, то їм теж потрібна допомога.

Ще є аспект, на який бажано звернути увагу подружжя – це зміни, які виникли в кожному із них за час розлуки. Необхідний певний час, щоб знову звикнути одне до одного, відновити почуття, налаштувати повсякденне спілкування і взаємодію.

Турбота дружини про себе в період надання допомоги рідним є вкрай важлива. Доречно дотримуватися режиму зайнятості та відпочинку, спиратися на соціальне середовище, де можна отримати підтримку. Освоєння навичок психоемоційної регуляції й ефективної комунікації сприятиме попередженню виснаження, допоможе створювати гармонійну атмосферу у сім'ї.

Жінці важливо пам'ятати: взявши на свої плечі велику частку відповідальності, вона сама може потребувати підтримки, розуміння, психологічної допомоги. Бажано знати, де і яким чином, за необхідності, цю допомогу можна отримати — для сім'ї загалом, для ветеранів, для дітей і особисто для себе.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Дружини демобілізованих військових внаслідок можливих ускладнень психоемоційних станів чоловіків після повернення з фронту, нерідко стикаються зі значним емоційним навантаженням, підвищеним напруженням і конфліктністю у сімейних взаєминах, із дефіцитом навичок подолання труднощів, викликаних втручанням у життя сім'ї наслідків участі ветерана у бойових діях. У таких обставинах жінки можуть відчувати тривогу, дратівливість, втому, безсоння, розгубленість – і потребують професійної психологічної підтримки.

Аналіз досвіду психологічного супроводу дружин демобілізованих військовослужбовців дозволив виділити низку факторів, що впливають на якість психотерапевтичного контакту з ними і, в результаті, на ефективність психотерапевтичної допомоги

загалом. Виділено та описано наступні фактори формування підтримуючих психотерапевтичних стосунків у роботі з дружинами ветеранів: врахування психологічних потреб цієї категорії жінок (у розумінні, співчутті, підтримці, позитивній оцінці внеску в життя сім'ї); гуманістичне ставлення психолога до жінок (прийняття, розуміння, емпатія, визнання); підтримуючий стиль взаємодії з ними (партнерський, шанобливий, доброзичливий, уважний, безпечний); певні структурні елементи змісту спілкування (психоедукація щодо питань ПТСР і специфіки спілкування з ветеранами з урахуванням можливих змін в їхньому сприйнятті та реагуванні; аналіз особливостей різних процесів у сімейній системі (структурних, ієрархічних, комунікативних тощо) після повернення військових додому; допомога в оволодінні навичками емоційної регуляції; актуалізація значущості вміння піклуватися про себе і спиратися на соціальну підтримку). Сформульовано практичні рекомендації дружинам ветеранів стосовно налагодження сприятливого психологічного клімату у сім'ї, що пропонуються психотерапевтам для використання на етапі психоедукації.

Перспективи подальших досліджень пов'язуються з розробкою стратегій та методів консультативної та психотерапевтичної роботи із дружинами ветеранів бойових дій у сучасних вітчизняних соціокультурних умовах, продовженням досліджень умов і факторів формування продуктивних психотерапевтичних стосунків із даною категорією жінок.

Список використаних джерел

1. Баца А., Эверет О. 23 рекомендации военных психологов семьям бойцов АТО [Електронний ресурс] / Режим доступа: <http://vgoru.org/index.php/template/novini-ukrajini/item/1473-23rekomentatsiivoennykhpsikhologovsemyambojtsovato> — Назва з екрану.
2. Варлакова Є. О. Роль і місце родин в адаптації та реабілітації учасників АТО / Є.О Варлакова // Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції [Текст] : тези доп. міжвідомчої. наук.-практ. конф. Ч. 1 (Київ, 30 берез. 2016 р.). / [ред. кол. В.В. Черней, М.В. Костицький, О. І. Кудерміна та ін.]. – К. : Нац. акад. внутр. справ, 2016. – С. 80-83.
3. Вернуть военнотружущих к нормальной жизни могут не только психологи, но и близкие люди [Електронний ресурс] / Режим доступа:

- rost-info.com.ua>...voennosluzhashhix...tolko...blizkie... — Назва з екрану.
4. Волкова А. "Хочу вернуться на фронт! — кричал мой муж. — Там я был всем нужен, а тут всем должен!" [Електронний ресурс] / Режим доступа: fakty.ua>...vernutsya-na...krichal...zastavlyali...tam-ya... — Назва з екрану.
 5. Глебов В. Л. Влияние социально-психологических последствий участия в боевых действиях на внутрисемейные отношения офицеров : Дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 : Москва, 2004. — 182 с. РГБ ОД, 61:04-19/672
 6. Журавльова Н. Ю., Гурлева Т. С. Діалог як фактор формування психотерапевтичних стосунків з дружинами демобілізованих військовослужбовців / Н. Ю. Журавльова, Т. С. Гурлева // Міжнародна науково-практична конференція «Сучасний вимір психології та педагогіки», 26-27 травня 2017 р.— Львів, 2017. — С.151-153.
 7. Журавльова Н. Ю. Особливості психологічної допомоги сім'ям демобілізованих військовослужбовців / Н. Ю. Журавльова // Актуальні проблеми психології [Т.3 : Консультативна психологія і психотерапія] : Зб. наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред.: С. Д. Максименка — К. : Логос, 2015. — Вип.11. — С. 76-84.
 8. Журавльова Н. Ю. Особливості формування підтримуючих стосунків у психотерапевтичній роботі з сім'ями ветеранів / Н. Ю. Журавльова / Особливості стосунків “психотерапевт — клієнт” у сучасному соціокультурному середовищі: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.]; за ред. З. Г. Кісарчук. — К.: Видавничий Дім “Слово”, 2017. — С. 129-154. Режим доступу: <http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/708934>
 9. Караяни А. Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий. Москва, 2003. -80 с. [Електронний ресурс] / Режим доступа: <http://www.twirpx.com/file/1491102/> — Назва з екрану.
 10. Кісарчук З. Г. Психологічна допомога постраждалим унаслідок травмивних подій: досвід, узагальнення, висновки / З. Г. Кісарчук // Актуальні проблеми психології [Т.3 : Консультативна психологія і психотерапія] : Зб. наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред.: С. Д. Максименка — К. : Логос, 2015. — Вип.11. — С. 7-20.
 11. Кісарчук З. Г. Проблема стосунків «психотерапевт-клієнт» у ситуаціях надання психологічної допомоги постраждалим / З. Г. Кісарчук // Актуальні проблеми психології [Т.3 : Консультативна психологія і психотерапія] : Зб. наукових праць Інституту психології імені Г. С.

Костюка НАПН України / за ред.: Максименка С. Д. — Вінниця : ФОП Рогальська І.О., 2016. — Вип.12. — С. 7-22.

12. Кляпець О. Я. Вплив наслідків переживання травматичних подій ветеранами на їх сімейні взаємини / О.Я Кляпець // Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції [Текст] : тези доп. міжвідомчої. наук.-практ. конф. Ч. 1 (Київ, 30 берез. 2016 р.). / [ред. кол. В.В. Черней, М.В. Костицький, О.І. Кудерміна та ін.]. — К. : Нац. акад. внутр. справ, 2016. — С. 161-164.
13. Козинчук А. Не надо «сюсюкать» с АТОшниками [Електронний ресурс] / Режим доступа: <http://ru.tsn.ua/interview/ne-nado-syusyukat-s-atoshnikami-480039.html> — Назва з екрану.
14. Пампура І. І. Особливості соціальної та психологічної реабілітації учасників бойових дій / І.І. Пампура, В.П Остапович / Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції [Текст] : тези доп. міжвідомчої. наук.-практ. конф. Ч. 1 (Київ, 30 берез. 2016 р.). / [ред. кол. В.В. Черней, М.В. Костицький, О.І. Кудерміна та ін.]. — К. : Нац. акад. внутр. справ, 2016. — С. 77-80.
15. Психологическая реабилитация семей участников боевых действий в «горячих точках» [Електронний ресурс] / Режим доступа: www.vetkaivi.ru/main/teract?id=88 — Назва з екрану.
16. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. — К. : ТОВ “Видавництво“Логос”. 2015. — 207 с.
17. Рева І. Обними меня, я пришел с войны [Електронний ресурс] / Режим доступа: [litsa.com.ua>show/a/22004](http://litsa.com.ua/show/a/22004) — Назва з екрану.
18. Съедин С.И., Психологические последствия воздействия боевой обстановки / С.И. Съедин, Р.А. Абдурахманов. М., 1992. — 69 с.
19. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: теория и практика / Н.В. Тарабрина. М: Изд-во «Институт психологии РАН» . 2009. — 304 с.

References transliterated

1. Batsa A., O.Everet O. 23 rekomendatsii voyennykh psikhologov sem'yam boytsov ATO [Yeлектронniy resurs] / A.Batsa, O.Everet – Rezhim dostupa: <http://vgoru.org/index.php/template/novini-ukrajini/item/1473-23rekomendatsiivoennykhpsikhologovsemyambojtsovato> — Nazva z ekranu.
2. Varlakova Ye.O. Rol i mistse rodyn v adaptatsii ta rehabilitatsii uchasnykiv ATO / Ye.O Varlakova // Psykholohichna dopomoha osobam, yaki berut uchast v antyterorystychnii operatsii [Tekst] : tezy dop. mizhvidomchoi. nauk.-prakt. konf. Ch. 1 (Kyiv, 30 berez. 2016 r.). / [red. kol. V.V. Cherniei,

- M.V. Kostytskyi, O.I. Kudermana ta in.]. – K. : Nats. akad. vnutr. sprav, 2016. – C. 80-83.
3. Vernut' voennosluzhashhih k normal'noj zhizni mogut ne tol'ko psihologi, no i blizkie ljudi [Elektronnij resurs] / Rezhim dostupa: rost-info.com.ua>...voennosluzhashhix...tolko...blizkie... — Nazva z ekranu.
 4. Volkova A. "Hochu vernut'sja na front! — krichal moj muzh. — Tam ja byl vsem nuzhen, a tut vsem dolzhen!" [Elektronnij resurs] / Rezhim dostupa: fakty.ua>...vernutsya-na...krichal...zastavlyali...tam-ya... — Nazva z ekranu.
 5. Glebov B.L. Vliyaniye sotsial'no-psikhologicheskikh posledstviy uchastiya v boyevykh deystviyakh na vnutrisemeynyye otnosheniya ofitserov : Dis. ... kand. psikhol. nauk : 19.00.05 / B.L. Glebov. – Moskva, 2004. – 182 c. RGB OD, 61:04-19/672
 6. Zhuravl'ova N.Yu., Hurlieva T. S. Dialoh yak faktor formuvannia psykhoterapevtychnykh stosunkiv z druzhynamy demobilizovanykh viiskovosluzhbovtsiv / N.Yu. Zhuravl'ova, T.S. Hurlieva // Mizhnarodna naukovo-praktychna konferentsiia «Suchasnyi vymir psykholohii ta pedahohiky», 26-27 travnia 2017 r.– Lviv, 2017. – S.151-153.
 7. Zhuravl'ova N.Yu. Osoblyvosti psykholohichnoi dopomohy simiam demobilizovanykh viiskovosluzhbovtsiv / N. Yu. Zhuravl'ova // Aktualni problemy psykholohii [T.3 : Konsultatyvna psykholohiia i psykhoterapiia] : Zb. naukovykh prats Instytutu psykholohii imeni H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy / za red.: S. D. Maksymenka — K. : Lohos, 2015. — Vyp.11. — S. 76-84.
 8. Zhuravl'ova N.Yu. Osoblyvosti formuvannia pidtrymuiuchykh stosunkiv u psykhoterapevtychnii roboti z simiamy veteraniv / N.Yu. Zhuravl'ova / Osoblyvosti stosunkiv “psykhoterapevt – kliient” u suchasnomu sotsiokulturnomu seredovyschi: monohrafiia / Z. H. Kisarchuk, Ya. M. Omelchenko, H. P. Lazos [ta in.]; za red. Z. H. Kisarchuk. – K.: Vydavnychy Dim “Slovo”, 2017. — S. 129 -154. Rezhym dostupu: <http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/708934>
 9. Karayani A.G. Psikhologicheskaya reabilitatsiya uchastnikov boyevykh deystviy. Moskva, 2003. – 80 s. [Yelektronniy resurs] / A.G.Karayani. — Rezhim dostupa: <http://www.twirpx.com/file/1491102/> — Nazva z ekranu.
 10. Kisarchuk Z.H. Psykholohichna dopomoha postrazhdalym unaslidok travmivnykh podii: dosvid, uzahalnennia, vysnovky / Z. H. Kisarchuk // Aktualni problemy psykholohii [T.3 : Konsultatyvna psykholohiia i psykhoterapiia] : Zb. naukovykh prats Instytutu psykholohii imeni H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy / za red.: S. D. Maksymenka — K. : Lohos, 2015. — Vyp.11. — S. 7-20.
 11. Kisarchuk Z.H. Problema stosunkiv «psykhoterapevt-kliient» u sytuatsiiakh nadannia psykholohichnoi dopomohy postrazhdalym / Z. H. Kisarchuk //

- Aktualni problemy psykholohii [T.3 : Konsultatyvna psykholohiia i psykhoterapiia] : Zb. naukovykh prats Instytutu psykholohii imeni H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy / za red.: Maksymenka S. D. — Vinnytsia : FOP Rohalska I.O., 2016. — Vyp.12. — S. 7-22.
12. Kliapets O.Ya. Vplyv naslidkiv Perezhyvannia travmatychnykh podii veteranamy na yikh simeini vzaiemyny / O.Ya Kliapets // Psykholohichna dopomoha osobam, yaki berut uchast v antyterorystychnii operatsii [Tekst] : tezy dop. mizhvidomchoi. nauk.-prakt. konf. Ch. 1 (Kyiv, 30 berez. 2016 r.). / [red. kol. V.V. Cherniei, M.V. Kostytskyi, O.I. Kudermyna ta in.]. — K. : Nats. akad. vnutr. sprav, 2016. — S. 161-164.
 13. Kozinchuk A. Ne nado «syusyukat» s ATOSHnikami [Yelektronniy resurs] / A.Kozinchuk — Rezhim dostupa: <http://ru.tsn.ua/interview/ne-nado-syusyukat-s-atoshnikami-480039.html> — Nazva z ekranu.
 14. Pampura I.I., Ostapovych V.P. Osoblyvosti sotsialnoi ta psykholohichnoi reabilitatsii uchasyukiv boiovykh dii / I.I. Pampura, V.P Ostapovych / Psykholohichna dopomoha osobam, yaki berut uchast v antyterorystychnii operatsii [Tekst] : tezy dop. mizhvidomchoi. nauk.-prakt. konf. Ch. 1 (Kyiv, 30 berez. 2016 r.). / [red. kol. V.V. Cherniei, M.V. Kostytskyi, O.I. Kudermyna ta in.]. — K. : Nats. akad. vnutr. sprav, 2016. — C. 77-80.
 15. Psikhologicheskaya reabilitatsiya semey uchastnikov boyevykh deystviy v «goryachikh tochkakh» [Yelektronniy resurs] / Rezhim dostupa: www.vetkaivi.ru/main/teract?id=88 — Nazva z ekranu.
 16. Psykholohichna dopomoga postrazhdalym vnaslidok kryzovykh travmatychnykh podii: metodychnyy posibnyk / Z. G. Kisarchuk, YA. M. Omel'chenko, G. P. Lazos, L. I. Lytvynenko... Tsarenko L. G.; za red. Z. G. Kisarchuk. — K. : TOV “Vydavnytstvo “Logos”. 2015. — 207 s.
 17. Reva I. Obnimi menya, ya prishel s voyny [Yelektronniy resurs] / I. Reva. — Rezhim dostupa: litsa.com.ua/http://www.litsa.com.ua/show/a/22004 — Nazva z ekranu.
 18. S'yedin S.I., Abdurakhmanov R.A. Psikhologicheskiye posledstviya vozdeystviya boyevoy obstanovki / S.I. S'yedin, R.A.Abdurakhmanov. — M., 1992. — 69 s.
 19. Tarabrina N.V. Psikhologiya posttravmaticheskogo stressa: teoriya i praktika / N.V.Tarabrina — M: Izd-vo «Institut psikhologii RAN». 2009. — 304 s.

Zhuravliova N.U. The specific nature of psychotherapeutic relationship in working with wives of combat veterans. The article is dedicated to the specific features of interaction between psychologists and wives of combat veterans. The paper studies the issues of ex-servicemen's wives and the specific needs of the women while interacting

with a psychotherapist. Psychotherapeutic relationship is considered as a significant factor in the development of psychotherapy. The paper defines qualitative characteristics of productive psychotherapeutic relationship while working with the spouses of soldiers who came back from the war. The article presents the scientific reflection of professional experience in giving psychological assistance to the wives of veterans.

Keywords: psychological assistance, psychotherapeutic relationship, wives of combat veterans, crisis events, post-traumatic stress disorder, psychological needs, psychoeducation.

Відомості про автора

Журавльова Наталія Юріївна, науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії, Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, м. Київ, Україна.

Natalia Urevna Zhuravliova, Research Fellow at the Laboratory of Counselling Psychology and Psychotherapy, G. S. Kostyuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Kyiv, Ukraine.

e-mail: tguranata@voliacable.com

РЕФЕРАТ

Журавльова Н.Ю.

Специфіка психотерапевтичного стосунку у роботі психолога з дружинами ветеранів бойових дій.

Стаття присвячена особливостям взаємодії психолога з дружинами ветеранів бойових дій. Розглядається специфіка психологічної проблематики жінок, обумовленої як накопиченням тривоги під час очікування з фронту бійців, так і ускладненням психологічного статусу чоловіків, що повернулися з передової. Дружини демобілізованих військових нерідко стикаються зі значним емоційним навантаженням, підвищеним напруженням і конфліктністю у сімейних стосунках, із дефіцитом навичок подолання труднощів, викликаних втручанням у життя сім'ї наслідків участі ветерана у бойових діях. За цих обставин жінки можуть відчувати тривожність, дратівливість, втому, безсоння,

розгубленість. Підкреслюється, що дружини ветеранів потребують професійної психологічної підтримки у випадку актуалізації зазначеного вище спектру переживань.

Особлива увага надається дослідженню особливостей психотерапевтичного стосунку як вагомому фактору перебігу психотерапії у роботі з даною категорією жінок, виявленню специфіки потреб дружин ветеранів у контакті з психотерапевтом. Виділено та описано фактори формування підтримуючих психотерапевтичних стосунків у роботі з дружинами демобілізованих військових, що впливає на ефективність психотерапевтичного процесу загалом: врахування психологічних потреб даної категорії жінок (у розумінні, співчутті, підтримці, позитивній оцінці внеску в життя сім'ї); гуманістичне ставлення психолога до жінок (прийняття, розуміння, емпатія, визнання); підтримуючий стиль взаємодії з ними (партнерський, шанобливий, доброзичливий, уважний, безпечний); певні структурні елементи змісту спілкування (психоедукація щодо питань ПТСР і специфіки спілкування з ветеранами з урахуванням можливих змін в їхньому сприйнятті та реагуванні; аналіз особливостей різних процесів у сімейній системі (структурних, ієрархічних, комунікативних тощо) після повернення військових додому; допомога в оволодінні навичками емоційної регуляції; актуалізація значущості вмінь піклуватися про себе і спиратися на соціальну підтримку). Сформульовано практичні рекомендації дружинам ветеранів стосовно налагодження сприятливого психологічного клімату у сім'ї, що пропонується психотерапевтам для використання на етапі психоедукації.

Ключові слова: психологічна допомога, психотерапевтичні стосунки, дружини ветеранів бойових дій, кризові події, посттравматичний синдром (ПТСР), психологічні потреби, психоедукація.

Лазос Г. П.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ВОЛОНТЕРІВ ПСИХОЛОГІВ/ПСИХОТЕРАПЕВТІВ

Лазос Г. П. Фактори ризику виникнення негативних емоційних станів у волонтерів психологів/психотерапевтів. Статтю присвячено викладу результатів дослідження факторів ризику виникнення негативних емоційних станів у волонтерів психологів/психотерапевтів, які працюють з постраждалими. Подається детальний аналіз факторів, що впливають на розвиток негативних станів фахівців у стосунках з постраждалими з особливою увагою на тих із них, які суб'єктивно виділяють самі фахівці. Подано рекомендації щодо шляхів попередження виникнення негативних емоційних станів у фахівців, що працюють з різними групами постраждалих.

Ключові слова: волонтери – психологи / психотерапевти, негативні емоційні стани, постраждалі, вторинний травматичний стрес, синдром вигорання, алекситимія, стрес-фактори, групи ризику, супервізійна підтримка, власний психотерапевтичний досвід, превентивні стратегії.

Лазос Г. П. Факторы риска возникновения негативных эмоциональных состояний у волонтеров психологов / психотерапевтов. Статья посвящена изложению результатов исследования факторов риска возникновения негативных эмоциональных состояний у волонтеров психологов / психотерапевтов, которые работают с пострадавшими. Представлен детальный анализ факторов, которые непосредственно влияют на развитие негативных состояний у специалистов в работе с пострадавшими, с особым вниманием на те из них, которые субъективно выделяют сами специалисты. Подаются также рекомендации по профилактике и путей упреждения возникновения негативных эмоциональных состояний у специалистов, которые работают с разными категориями пострадавших.

Ключевые слова: волонтеры – психологи / психотерапевты, негативные эмоциональные состояния, пострадавшие, вторичный травматический стресс, синдром выгорания, алекситимия, стресс-факторы, группы риска, супервизионная поддержка, личный психотерапевтический опыт, превентивные стратегии.

Постановка наукової проблеми. «Ризик» — поняття, яке сьогодні широко застосовуються у різних галузях знання у зв'язку з аналізом та прогнозуванням втрат. За визначенням Т. Коноплицької, воно, по суті, отожднюється з оцінками можливості (або імовірності) виникнення та реалізації певних негативних наслідків [1]. Як зазначає науковець, актуальність вивчення цього явища уявляється завдяки глобальному поширенню ризиків у сучасному світі, як суспільстві в цілому, так і у житті кожної окремої людини. В той же час, проблема дослідження ризиків та факторів, що до них призводять, в різних суспільних науках загалом, і в психологічній науці зокрема, є нагальною проблемою. Адже відсутніми є не лише усталені та чітко сформовані поняття, а й методи вимірювання ризиків, їх чинників та факторів виникнення. На думку Т. Коноплицької, інша проблема, що має місце у сучасній теорії соціального ризику, полягає у ненаданні необхідної уваги саме суб'єктивному чиннику його формування [1]. Сучасні науковці доводять, що сприйняття соціального ризику людиною має велике значення адже об'єктивні та суб'єктивні оцінки ризику не завжди збігаються [1; 11]. Отже, одним із важливих завдань нашого дослідження, є спроба виявлення як об'єктивних, так і суб'єктивних уявлень фахівців щодо факторів ризику у роботі з постраждалими.

Звертаючись безпосередньо до питання ризиків в роботі психолога (психотерапевта, травматерапевта), що працює з різними категоріями постраждалих, підкреслимо черговий раз, що ефекти і наслідки травми стосуються не лише тих, хто постраждав, але впливають і на тих, хто належить до близького оточення постраждалих (рідні, сім'ї), а також тих, хто їм допомагає (лікарі, фахівці в галузі охорони психічного здоров'я, психологи, психотерапевти, соціальні працівники).

Професійна діяльність психологів і представників інших «допоміжних» професій завжди передбачає ризики через особливості контакту з травмованими клієнтами. Емпатійне залучення у стосунок із людиною, яка переживає наслідки

травмування, викликає зміни у внутрішньому досвіді психолога/психотерапевта у вигляді різних емоційних реакцій (станів). Фахівець не може запобігти виникненню власних негативних переживань у такому контексті спілкування, адже для того, щоб допомогти клієнтові, він має співпереживати його стражданням, а це, в свою чергу, стає підґрунтям відповідних емоційних реакцій та станів. В науковій літературі вони загалом позначаються термінами: *опосередковане (вторинне, вікарне) травмування; вторинний травматичний стрес; втома від співпереживання, емоційне вигорання*.

Ризик виникнення таких емоційних станів значно зростає в кризові періоди життя суспільства, коли кількість постраждалих людей, що потребують психологічної допомоги, суттєво збільшується, а психологічна допомога надається на волонтерських засадах і в інтенсивному режимі. У складних, кризових умовах, що склалися в Україні впродовж останніх років, навіть досвідчені психотерапевти, які часто мали справу в роботі з людськими стражданнями і втратами, говорять про достатньо серйозне і виснажливе навантаження в актуальній професійній діяльності. Це підтверджується і дослідженнями науковців, які свідчать про поширення опосередкованих наслідків у фахівців “допоміжних” професій. У зв’язку з цим актуальним є подальше проведення досліджень з вивчення професійної якості життя вітчизняних волонтерів-психологів/психотерапевтів, діагностики їхніх емоційних станів та визначення факторів, що призводять до ризику виникнення вторинної травматизації та інших негативних станів. Результати цих досліджень мають стати основою для створення спеціальних програм профілактики та психологічної підтримки фахівців.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Проблема дослідження та класифікації факторів і чинників, що призводять до негативних ефектів у психологів/психотерапевтів в роботі з постраждалими не є новою. Так, у своїх дослідженнях американські науковці визначили наступні об’єктивні фактори ризику для фахівців, які займаються психологічною, психотерапевтичною та консультативною діяльністю: індивідуальні, виробничі та соціальні. До індивідуальних (персональних) факторів ризику науковці відносять: особистісні якості та персональні копінг-стратегії

подолання труднощів; актуальні життєві обставини; наявність соціальної підтримки; особистісні ресурси, духовність, релігійні уявлення; притаманний стиль у роботі; особиста історія життя. До виробничих факторів віднесено: позицію, статус та роль фахівця у організації; робочі обов'язки та рівень складності завдань; умови роботи; наявність підтримки співробітників; рівень впливу результатів діяльності на фахівця і соціальний ефект. Соціальна група факторів ризику складається із культури, загальних ресурсів та певних соціальних факторів [15]. На противагу цій класифікації А. Baranowsky, J. E. Gentry зосереджуються виключно на персональних (особистісних) якостях фахівців, як факторів ризику для розвитку вторинного травматичного стресу (ВТС) або синдрому вигорання (СВ): рівень саморегуляції, інтенційність (здатність утримувати мету роботи і тим самим підкріплювати власну самоцінність), рівень самооцінки та здатність до самопідтримки, рівень соціальних зв'язків та здатність прийняття підтримки ззовні [9]. Саме рівень цих якостей і властивостей особистості фахівця, на думку авторів, і складає основу головних прогностичних факторів щодо виникнення у нього ВТС або СВ.

В своїх дослідженнях D. Meichenbaum визначає загальну характеристику фахівців, які складають групу ризику. Отже, до фахівців, які найбільше ризикують бути ураженими різними негативними станами внаслідок роботи з постраждалими, належать: фахівці, які мають в своїй практичній роботі переважно тих клієнтів/пацієнтів, які зазнали травмування через людську жорстокість, катування та тортури; фахівці, які працюють з пацієнтами із психічними розладами; фахівці, які при цьому мають невеликий досвід роботи, неопрацьовані власні життєві конфлікти та відчувають відсутність професійної підтримки; також ті фахівці, які застосовують у своїй практиці науково-необґрунтовані технології роботи та не мають інтенції до постійного розвитку і удосконалення власних та професійних навичок [13].

Зазначимо, що у своєму дослідженні ми не тільки визначали особливості негативних станів вітчизняних психологів/психотерапевтів, які тривалий час працюють з постраждалими військовослужбовцями, але й встановлювали чинники і фактори, що пов'язані з рівнями проявів цих станів та їх перебігом. Безпосередньо **метою** даної статті є детальніший аналіз

факторів, що впливають на розвиток негативних станів фахівців у стосунках з постраждалими з особливою увагою на тих із них, які суб'єктивно виділяють самі фахівці.

Виклад основних результатів дослідження. Дослідження негативних станів вітчизняних психологів/психотерапевтів проходило впродовж 2015 – 2017 років і мало два етапи. Перший з них являв собою пошуковий експеримент, під час якого уточнювалися попередні гіпотези щодо особливостей негативних станів вітчизняних психологів / психотерапевтів внаслідок роботи з постраждалими, вивірявся діагностичний інструментарій (розроблялись і добирались відповідні методики, здійснювалась їх адаптація) і проектувався другий (основний) етап дослідження, зокрема розроблявся авторський питальник “Особливості моєї роботи з постраждалими”, метою якого було виявлення загальної інформації про фахівців та певних специфічних стрес-факторів, які пов’язані із соціокультурною специфікою їх роботи і впливають на їхні негативні стани.

Математична обробка даних здійснювались за допомогою комп’ютерного пакета статистичних програм SPSS (версія 22). Для статистичної обробки та аналізу даних використовувались методи описової статистики, спряжених таблиць, кореляційний аналіз.

Вибірка. У дослідженні брали участь 56 волонтерів-психологів/психотерапевтів різної статі, віку та досвіду роботи ($n = 56$). На основі отриманих статистичних даних можна охарактеризувати вибірку психологів/психотерапевтів наступним чином. По-перше, більшість фахівців, які працюють із наслідками травмування у постраждалих, є жінками середнього віку із стажем роботи за спеціальністю “психолог” понад шість років і більше. Переважна більшість психологів отримали додаткову освіту по роботі з травмою (68%), в той же час 32% фахівців такої освіти не мають. Більшість респондентів почали працювати з постраждалими з 2014 року, з моменту перших трагічних подій на Майдані та в зоні АТО. Зазначимо, що певна кількість волонтерів-психологів не потрапила до нашої вибірки у зв’язку з тим, що вони, активно розпочавши у 2014 році працювати з постраждалими на волонтерських засадах, не витримали фізичного і психологічного навантаження і поступово залишили цю роботу. За нашими даними, відсоток таких фахівців не перевищує 20. Основна частина

психологів/психотерапевтів з нашої вибірки працюють з військовослужбовцями (ветерани АТО, військові), і меншість з них – з тимчасово переселеними особами. Цікавими є дані щодо отримання фахівцями власного досвіду та постійної супервізійної підтримки: більшість опитаних психологів / психотерапевтів не мають досвіду опрацювання власних переживань шляхом проходження власної психотерапії (77%), такий досвід мають лише 23%; в той же час переважна більшість фахівців (68%) постійно відвідують групи супервізійної підтримки; лише 25% психологів/психотерапевтів відвідують групи взаємопідтримки або балінтовські групи (цей факт може свідчити про недостатню поширеність такого виду професійної підтримки у вітчизняному психотерапевтичному просторі, відсутністю певної кількості сертифікованих фахівців, які б могли вести ці групи та широко їх пропагувати як ефективний захід психогігієни при роботі з травмою).

Для ефективного опрацювання даних, виявлені під час обох етапів дослідження, стрес-фактори було розподілено на три групи: стрес-фактори, пов'язані із характеристиками клієнтів; стрес-фактори, пов'язані із характеристиками роботи; стрес-фактори, пов'язані із особистісними характеристиками фахівця. Кожна група складалась із чинників (вони позначались відповідними твердженнями), які пропонувалося ранжувати від найбільш суттєвого до найменш суттєвого.

До групи стрес-факторів, які пов'язані із характеристиками клієнтів, були віднесені чинники, які охоплюють широкий спектр труднощів роботи з різними групами постраждалих і стосуються специфіки цих клієнтів. Так, до цього блоку труднощів потрапили: клієнти, які страждають на ПТСР; клієнти із повторним травмуванням; клієнти, які мають ризик повторного травмування; клієнти із ризиком суїциду (суїцидом); клієнти, які дуже детально описують події травмування; клієнти, які не проговорюють почуття, не описують події травмування; клієнти, травми яких нагадують власну історію травмування; травмовані діти.

Розглянемо результати за даною категорією стрес-факторів за допомогою графіку (рис.1):



Рис. 1. — Стрес-фактори, пов'язані із характеристиками клієнтів

Як бачимо з поданого графіку, найбільшу кількість виборів максимально високих оцінок отримала категорія «клієнти з ризиком суїциду (суїцид)». Як відомо, самогубство клієнта (пацієнта) найнегативніше впливає не лише на психічне та фізичне здоров'я фахівця (психолога, психотерапевта, психіатра), але й на його професійне та особисте життя [7; 10; 12]. Наведемо для аргументації результати вітчизняного дослідження, проведеного Л. Н. Юр'євою, яка досліджувала психоемоційні реакції психіатрів після скоєння самогубства їхніми пацієнтами. Науковець визначила гострі, підгострі та віддалені психолого-психіатричні наслідки, пов'язані із суїцидом пацієнта:

- (1) гострі реакції у даному випадку проявляються у вигляді каталепсії (заціпеніння), відчуженості, розгубленості, переляку, потрясіння, інсомнії, гніву та збудження;
- (2) підгострі реакції – зниженим фоном настрою, поганим сном, почуттям провини, відчаю, суму, самозвинуваченням, страхами (судового розслідування, колегіального засудження тощо);
- (3) віддалені психолого-психіатричні наслідки виникають у всіх медичних працівників, найчастіше у вигляді симптомів ПТСР та СВ, психосоматичних розладів, з'являються думки про зміну професії [7].

Як зазначають західні науковці, фахівці (особливо психіатри) не завжди звертаються за допомогою до спеціалістів, опинившись в такій ситуації [12]. Л. Н. Юр'єва наводить у своїй роботі приклад досвіду британських колег — Британська медична асоціація створила службу цілодобової психологічної підтримки для лікарів

психіатрів та психотерапевтів, які опинились у ситуації загибелі свого пацієнта / клієнта. В цій службі можуть отримувати психологічне консультування всі фахівці анонімно та безкоштовно [7].

Перейдемо до розгляду наступних важливих стрес-факторів цієї групи. На другому місці за значимістю опинився стрес-фактор, пов'язаний із схожістю травми постраждалого з досвідом травмування самого фахівця. Як бачимо, отримані дані підтверджують зв'язок між травматичним неопрацьованим досвідом з минулого фахівця і розвитком негативних станів у стосунках з постраждалими, про що свідчать результати нашого дослідження, проведеного за стандартизованими методиками (див.[5]).

Третє місце посіли наступні два стрес-фактори: високий відсоток клієнтів з повторним травмуванням та клієнти, які не проговорюють почуття і не описують події травмування. На основі відповідей респондентів та власного досвіду роботи з постраждалими зазначимо, що найскладніше процес одужання здійснюється саме при повторному травмуванні. Частими в нашій практиці були випадки повернення до клініки військових, які отримували додаткове або повторне травмування у зоні бойових дій. Як відомо з теорії травми, і в чому ми переконувались, працюючи у клініці, у таких постраждалих часто з'являються дисоціативні феномени (абсорбція, деперсоналізація, дисоціативні зміни особистості), ці феномени є глибшими, ніж при первинному травмуванні [6; 8]. Повторне травмування ще більше спричинює патологічні стани, коли людина не здатна усвідомити те, що трапилось, повністю уникає будь-яких спогадів про травму, заперечує гнів, лють, страждає на дисоціацію мисленневої та емоційної сфер, повністю втрачає здатність реагувати на різні події та спогади. Дія розщеплення як захисного механізму психіки призводить до того, що у результаті чергового травмування людина часто повністю втрачає зв'язок із своїми почуттями та переживаннями, стає нечутливою навіть щодо власного тіла. Такі клієнти, які не проговорюють почуття та не описують події травмування, складають наступний важливий стрес-фактор, що впливає на стан фахівця. Складність надання допомоги таким клієнтам полягає насамперед у неможливості створювати з ними

повноцінний стосунок на всіх етапах роботи, і справа в даному випадку полягає не лише у неможливості повторно травмованих клієнтів довіряти фахівцю, але й у психофізіологічних проявах ескапізму. Клієнт, захищаючись, наприклад, дисоціативно чи алекситимічно, не в змозі взагалі встановлювати контакт. Така ситуація викликає у психологів / психотерапевтів почуття безсилля та марності, інколи – провини та знецінення своїх знань, умінь, свого професійного досвіду [8].

На останньому місці у цій групі опинився стрес-фактор “клієнти – травмовані діти”. Зазначимо, що насправді цей фактор є важливим, особливо для жінок-психотерапевтів, які працюють з постраждалими дітьми. Однак, обираючи респондентів теперішнього дослідження, ми орієнтувались більше на фахівців, які працюють з військовими та тимчасово переселеними людьми дорослого віку, тому, очевидно, даний фактор і отримав таку незначну кількість виборів.

Перейдемо до розгляду наступної групи стрес-факторів, пов’язаних із характеристиками роботи волонтерів - психологів / психотерапевтів. Відповідно, до цієї групи були віднесені чинники, які охоплюють широкий спектр організаційних та професійних труднощів у роботі з різними категоріями постраждалих. Розглянемо результати по цій групі (рис.2).

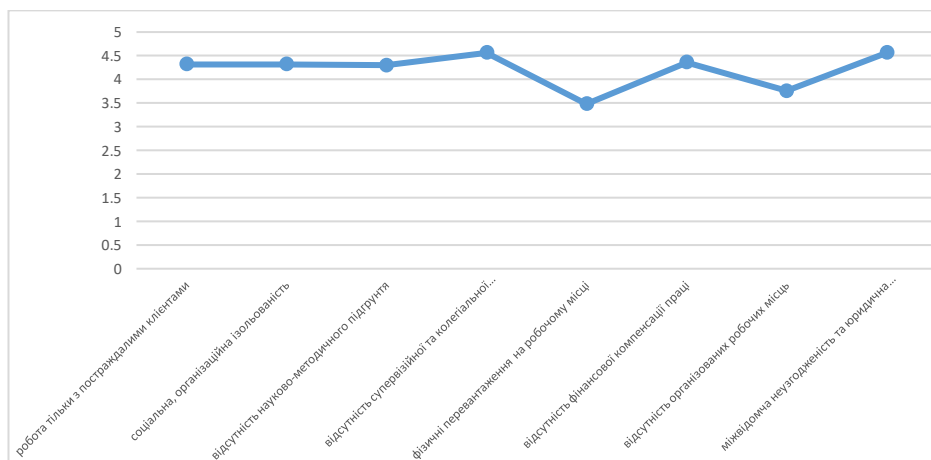


Рис. 2. — Стрес-фактори, пов’язані із характеристиками роботи

Як бачимо з поданого графіку, найбільше підвищують ризик розвитку негативних станів у волонтерів психологів / психотерапевтів такі стрес-фактори: відсутність супервізійної і колегіальної підтримки, міжвідомча неузгодженість та юридична невизначеність; відсутність фінансової компенсації за роботу. Наступними виявились стрес-фактори, пов'язані із соціальною і організаційною ізолюваністю, роботою тільки з постраждалими клієнтами та відсутністю науково-методичного підґрунтя. Найменше впливають на виникнення негативних станів фахівців неорганізованість робочого місця та фізичні перенавантаження. Проінтерпретуємо отримані дані. Оскільки найскладніші часи, коли волонтери працювали і чергували майже цілодобово, вже минули, і фахівці навчились самостійно організовувати робочі місця, останні з наведених факторів вже не отримали високих рангових оцінок. Щодо стрес-факторів, які отримали найвищі рангові значення, то, по-перше, підтвердились результати, отримані попередньо за стандартизованими методиками (див. [5]): відсутність супервізійної і колегіальної підтримки є фактором, який суттєво впливає на розвиток негативних емоційних станів фахівців. По-друге, стрес-фактор, пов'язаний із міжвідомчою неузгодженістю та юридичною невизначеністю є взагалі важливою проблемою не лише для загального феномену волонтерства, але й дається взнаки протягом всієї роботи фахівців - психологів /психотерапевтів, особливо, якщо психолог-волонтер працює в державній установі без оформлення свого статусу, бере на себе відповідальність, наприклад, щодо психотерапії (дитини), оформлення її документації, виписок тощо. Як вже зазначалось вище, такий стан справ не допомагає ефективно налагодити роботу фахівця із медичним персоналом, соціальними службами та іншими установами, які залучені до контексту даної проблеми, і впливає на мотивацію подальшої роботи. Відсутність фінансової компенсації виявилась також потужним стрес-фактором який впливає на психоемоційну сферу фахівців. Іntenції волонтерства в перші два роки з початку воєнних дій підтримувались у фахівців насамперед бажанням долучитися до справи допомоги країні, військовим, тимчасово переселеним людям з Криму та сходу України. Наразі ситуація змінилась, протягом останніх років започатковані як державні, так і громадські програми з психореабілітації постраждалих, виділяються кошти на їх

впровадження. З огляду на це оплата праці стає важливим фактором професійної діяльності.

Перейдемо до розгляду останньої групи стрес-факторів. До цієї групи були віднесені чинники, які стосуються особливостей вже самого волонтера- психолога / психотерапевта. Розглянемо за допомогою графіку отримані за цією групою дані.

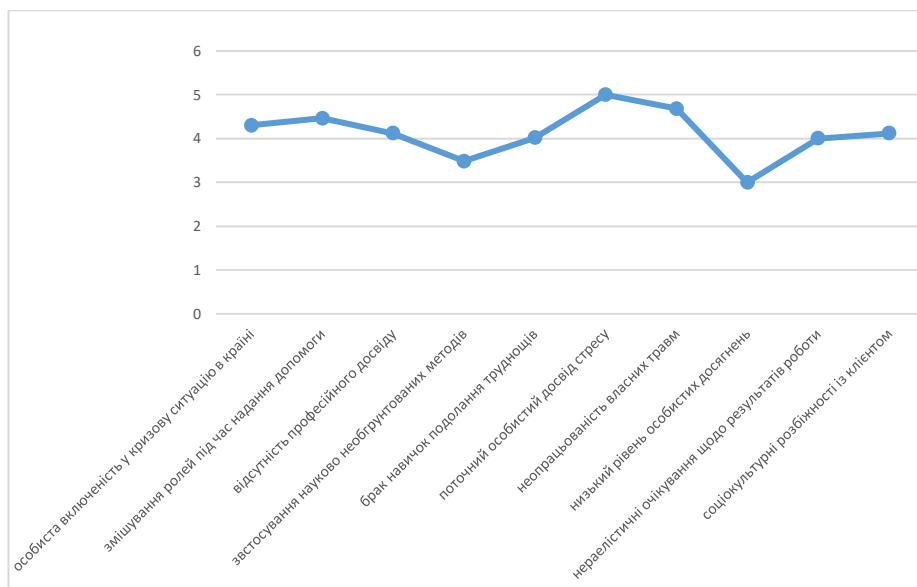


Рис. 3. — Стрес-фактори, пов'язані із характеристиками фахівця

Як бачимо, найбільшу кількість рангових значень у цій групі отримали такі чинники, як: поточний особистий досвід стресу та неопрацьованість власних травм. Таким чином, підтвердилися дані, отримані за допомогою стандартизованих методик про зв'язок між відсутністю (недостатністю) опрацювання власного травматичного досвіду фахівців в індивідуальній психотерапії та виникненням і розвитком у них негативних емоційних станів (див. [5]).

Високі рангові значення отримали також наступні чинники: змішування ролей під час надання допомоги (психологи часто привозили ліки та продукти до тих організацій, де працювали з постраждалими; займалися і продовжують займатися соціальною роботою по оздоровленню, навчанню своїх клієнтів та їхніх дітей тощо) та особиста включеність у кризову ситуацію в країні

(особливо впродовж 2014-2015 рр. волонтери, інколи цілодобово, допомагали різним категоріям постраждалих, віддано виконуючи як громадянський, так і свій професійний обов'язок); нереалістичні очікування від своєї роботи (оскільки робота з постраждалими є складною і тривалою, а значна частина волонтерів ніколи не працювала з такою категорією клієнтів, то достатньо повільне, з наявністю періодів стагнації їх відновлення впливає на самооцінку та мотивацію волонтерів). Найменше рангове значення у цій групі отримав чинник “низький рівень особистих досягнень”. Така ситуація ймовірно говорить про те, що психологи, допомагаючи постраждалим, не ставили собі за мету таку мотивацію, як кар'єрне зростання чи будь-які інші привілеї та бонуси від роботи. А очевидне професійне зростання виявилось закономірним результатом їхньої діяльності.

Підсумовуючи розгляд стрес-факторів, які підвищують ризик виникнення негативних станів у волонтерів – психологів / психотерапевтів, що працюють з постраждалими, розглянемо, яка група стрес-факторів виявилася найвпливовішою з точки зору самих фахівців. З цією метою порівняємо отримані дані за групами (рис. 4).

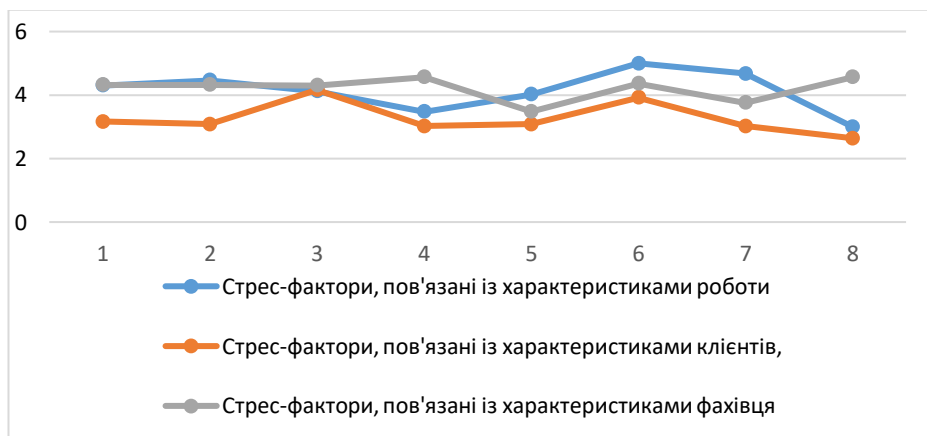


Рис. 4. — Порівняння стрес-факторів за різними групами

Як бачимо з поданого графіку, група стрес-факторів, пов'язаних із характеристиками роботи, отримала найбільшу кількість рангових високих значень, на другому місті – група стрес-

факторів, пов'язаних із характеристиками фахівця, і останнє місце посіла група стрес-факторів, пов'язаних із характеристиками клієнтів. Коментуючи отримані дані, можна зазначити наступне. Стрес-фактори, пов'язані із характеристиками роботи, співпадають із визначеними чинниками, що впливають на професійне вигорання фахівців (див. [5]). Згідно з результатами, отриманими за допомогою стандартизованих методів, рівень СВ підвищився протягом останнього року. І як вже зазначалося вище, підвищення його рівня пов'язане, у першу чергу, із факторами організації праці. Стрес-фактори, пов'язані із характеристиками постраждалих, не отримали високих рангових значень ймовірно тому, що вітчизняні фахівці отримали великий досвід роботи і здатні ефективно професійно працювати з різними категоріями клієнтів. Щодо особливостей безпосередньо самих фахівців, то важка в емоційному плані робота висвітлила власні “сліпі плями” у психічному житті і тим самим вимагає їхнього опрацювання.

Визначивши фактори виникнення та розвитку негативних емоційних станів у стосунках волонтерів – психологів / психотерапевтів з постраждалими, перейдемо до розгляду шляхів їх попередження.

Оскільки найвищі рангові значення отримали групи факторів, пов'язані із характеристиками фахівця і роботи, зосередимось на індивідуальних і організаційних стратегіях, що запобігають розвитку негативних станів фахівців (ВТС, СВ) у роботі з постраждалими. В таблиці 1 наведений перелік таких стратегій, яких рекомендовано дотримуватись при підготовці програм із психопрофілактики та підтримки психологів / психотерапевтів Американською національною асоціацією травматерапевтів.

Сучасні превентивні стратегії розвитку негативних емоційних станів у роботі з постраждалими⁶

<i>Індивідуальні стратегії:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • відвідування спеціалізованих супервізійних груп; • продовження безперервного процесу навчання (підвищення кваліфікації); • підвищення самоусвідомлення своїх станів, пов'язаних з імовірністю опосередкованого травмування; • створення, розвиток та виконання низки процедур, спрямованих на покращення власного самопочуття та емоційної стійкості; • дотримання «Системи балансу життя», що передбачає повноцінний відпочинок, збалансоване харчування, підтримку здорового способу життя тощо; • підтримка професійних, соціальних та родинних зв'язків
<i>Організаційні стратегії:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • створення міжорганізаційних есесмент-центрів для незалежного оцінювання персоналу (діагностика «втоми від співпереживання», «вторинного травматичного стресу», «емоційного вигорання» тощо); • організація постійної групи з клінічної супервізії; • організація постійної групи з рефлексивної супервізії; • екстернальні супервізійні групи (особливо є ефективними під час катастроф чи соціальних потрясінь, коли велика кількість персоналу допоміжних професій може бути психологічно «інфікована»); • створення груп взаємопідтримки в межах колективу; • організація спеціалізованих тренінгів з підвищення психологічної стійкості персоналу, навичок відповідального піклування про себе тощо • створення зручного робочого графіку.

Звернемо увагу на те, що деякі стратегії (наприклад, пов'язані із організацією супервізійної підтримки) є актуальними для обох категорій стратегій, більше того, вони важливі також і для

⁶ *National Traumatic Stress Network* (<http://www.nctsn.org>)

запобігання виникненню негативних емоційних станів у фахівців, що пов'язані із характеристиками клієнтів. Однак ще раз підкреслимо, що вітчизняні психологи / психотерапевти професійно зросли за три роки інтенсивної роботи з постраждалими, так званий бар'єр у роботі з такою категорією клієнтів подолано, і, як свідчить наше дослідження, у порівнянні з даними за 2014 -2015 роки, наразі фахівці не “бояться” таких клієнтів, знають, як їм допомогти і не зашкодити собі [3; 5].

Якщо визначати загальні принципи побудови програм з попередження негативних наслідків від роботи та стосунків з травмованими клієнтами, то варто зазначити наступне. Сучасні західні дослідження та вітчизняний досвід роботи з волонтерами— психологами / психотерапевтами доводять, що найефективнішою формою роботи із запобігання розвитку станів, пов'язаних із негативними емоційними реакціями фахівців, які надають психологічну допомогу постраждалим, є впровадження в профілактичні та психотерапевтичні програми спеціальних заходів, які б враховували обов'язкові складові наступної тріади: підвищення самоусвідомлення — безперервний професійний розвиток — супервізія [9; 11; 14].

Як показало наше дослідження, важливість проходження власної психотерапії (отримання особистого досвіду опрацювання власних важких життєвих подій і конфліктів) є однією з основних умов запобігання виникненню симптомів ВТС, СВ, алекситимії [5]. Завдяки такій психотерапії не лише підвищується рівень усвідомлення власних переживань і, відповідно, переживань клієнта, а й отримується надцінний досвід шляхів психологічного опрацювання тих чи інших життєвих труднощів, криз та травмівних подій, вкрай необхідний для роботи з постраждалими. На думку американських колег, перші дві ланки вказаної тріади є взаємопов'язаними. Так, А. Baranowsky зазначає, що в результаті накопичення знань щодо травми та постійного навчання у психолога / психотерапевта підвищується усвідомлення власних станів, а безперервність професійного розвитку означає не лише постійне підвищення кваліфікації, ознайомлення з сучасними дослідженнями, новими формами, методами і методиками в галузі роботи з особами, що зазнали травми, але й набуття власного досвіду опрацювання переживань (групова, індивідуальна

психотерапія), власного досвіду опанування техніками саморегуляції та самозаспокоєння [9].

Супервізія означає буквально «оглядати зверху» і є одним з методів теоретичного і практичного підвищення кваліфікації спеціалістів у галузі психотерапії, соціальної роботи, клінічної психології тощо шляхом професійного консультування щодо доцільності і якості застосованих практичних підходів та методів психотерапії. Тут, на наш погляд, важливо хоча би коротко подати необхідну інформацію щодо різних форм супервізійної підтримки фахівців. Під час клінічної супервізії аналізується реальна робота супервізантів у таких галузях, як терапевтичні стосунки, «благо» клієнта (client welfare), професійна готовність до клінічної роботи, ефективність і доречність того чи іншого психотерапевтичного втручання, клінічні навички, прогноз психотерапії. Отже, головним фокусом роботи клінічної супервізії є слабкі професійні та особистісні сторони супервізанта, що напряму впливають на «благо» як клієнта/пацієнта, так і самого психотерапевта [2]. Рефлексивна супервізія спрямована не стільки на аналіз стратегій втручання під час роботи з клієнтом, скільки на самоусвідомлення почуттів супервізанта, відтінків та тонкощів його контрперенесення. Обов'язковою умовою такої супервізії є особливо підтримуюча та довірлива атмосфера, адже рефлексії піддаються найінтимніші зони супервізанта: почуття, думки, цінності, ідеали тощо [2].

За допомогою спеціально організованих процедур психологом і психотерапевтом доцільно час від часу досліджувати себе, підвищуючи усвідомлення своїх переживань: застосовувати стратегії убезпечення від ризику виникнення станів, пов'язаних із ВТС, СВ та інших негативних емоційних станів; підвищувати власну психологічну стійкість до важких наслідків роботи з постраждалими різних категорій. В своїх попередніх дослідженнях ми описували деякі ефективні превентивні стратегії та апробовані нами методи і форми роботи, які передбачають вправи як для індивідуального виконання, так і для групової роботи, серед них особливо дієвими виявилися наступні [3; 4]:

(1). Методи підвищення самоусвідомлення власних станів:

- Методика самодіагностики негативних станів, пов'язаних із симптомами «втоми від співпереживання» (Self-assessment);

- Вправа «Колесо життєвого балансу»

(2). Методи підвищення психологічної стійкості, вправи на саморегуляцію

- Дихальні вправи (наприклад, вправа «Дихання діафрагмою», «Квадрантне дихання»);
- Вправи на візуалізацію (зокрема, вправа «Візуалізація безпечного місця»).

Висновки з даного дослідження і **перспективи подальших досліджень** з цього напрямку. Виявлення основних стрес-факторів, що впливають на виникнення негативних емоційних станів у волонтерів психологів/психотерапевтів показало, що є три групи таких факторів: стрес-фактори, пов'язані із характеристиками клієнтів; стрес-фактори, пов'язані із характеристиками роботи; стрес-фактори, пов'язані із особистісними характеристиками фахівця. Серед цих груп найсуттєвішою є група стрес-факторів, пов'язана із характеристиками роботи фахівців, а саме: відсутність супервізійної і колегіальної підтримки, міжвідомча неузгодженість та юридична невизначеність, відсутність грошової компенсації за роботу. Серед найбільш значимих стрес-факторів, пов'язаних із характеристиками фахівця, виявились поточний особистий досвід стресу та неопрацьованість власних травм. Найменш значимою виявилась група стрес-факторів, пов'язана із характеристиками клієнта, що, на нашу думку, вказує на значне підвищення професіоналізму психологів / психотерапевтів, які працюють з різними групами постраждалих.

Виявлено, що стандартизовані методики, за якими були отримані об'єктивні результати дослідження підтверджують результати дослідження факторів ризику виникнення негативних емоційних станів у волонтерів психологів/психотерапевтів, отриманих на основі суб'єктивних даних, виділених безпосередньо самими фахівцями.

Серед найбільш значущих факторів і чинників (виділених на основі об'єктивних та суб'єктивних даних), які впливають на зниження рівня ВТС та СВ та інших негативних емоційних станів фахівців у роботі з постраждалими виявились: постійна супервізійна підтримка фахівців і отримання власного психотерапевтичного досвіду фахівцями.

Подано рекомендації щодо профілактичних заходів фахівцям по запобіганню негативних емоційних станів (ВТС, СВ, алекситимії) в роботі з постраждалими, які базуються на тріаді: підвищення самоусвідомлення — безперервний професійний розвиток — супервізія.

Список використаних джерел

1. Коноплицька Т. О. Соціальні параметри ризику / Т. О. Коноплицька. — дис.на звання канд.соц.наук 22.00.04 — К., 2006.
2. Кулаков С. А. Супервізія в психотерапії. Учебное пособие для супервизоров и психотерапевтов / С. А. Кулаков. — СПб., 2004. — 345 с.
3. Лазос Г. П. Діагностика та профілактика негативних емоційних реакцій волонтерів-психологів / психотерапевтів у роботі з постраждалими дітьми / Г. П. Лазос / Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях : методи та техніки / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, І. М. Біла ... Г. П. Лазос ; за ред. З.Г. Кісарчук. — Вінниця : ФОП Рогальська І. О., 2016. — 2-е вид. — С. 186 — 232. (1,6 друк. арк.)
4. Лазос Г. П. Психологічна підтримка волонтерів, що працюють з постраждалими / Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко // Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Л. Г. Царенко ; за ред. З. Г. Кісарчук. — К. : ТОВ «Видавництво “Логос”». — С. 121 – 141.
5. Лазос Г.П. Діагностика негативних емоційних станів психологів, що працюють з травмованими військовослужбовцями / З. Г. Кісарчук, Г. П. Лазос // Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології : монографія / за заг. ред. В. П. Садкового, О. В. Тимченка; НУЦЗУ — Х. : ФОП Мезіна В. В., 2017. — С.312 – 334.
6. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч.1 Теория и методы / Н. В. Тарабрина, В. А. Агарков, Ю. В. Быхолец и др. — М. : Изд-во «Когито-Центр», 2007. — 208 с.
7. Юрьева Л. Н. Суицид в психиатрической больнице : стратегии профилактики психической дезадаптации у медицинского персонала / Л. Н. Юрьева // Суицидология. — вып. № 4 (17). — Т. 5. — 2014. — С.32- 37.
8. Baird S. Vicarious traumatization, secondary traumatic stress and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff and volunteers /

Stephany Baird. – Thesis Prepared for the Degree of master of science university of North Texas – August 1999. – 129 p. – <http://www.google.com/search?q=Baird%2C+Stephanie+B.S.+VICARIO+US+TRAUMATIZATION%2C+SECONDARY+TRAUMATIC+STRESS%2C+AND&rls=com.microsoft:ru:IE-SearchBox&ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=ie7&rlz=1I7GGLR>. – назва з екрану.

9. Baranowsky A. Treatment Manual for Accelerated Recovery from Compassion Fatigue / A. Baranowsky, J. Gentry – NY, 2011. – 548 p.
10. Dutton M. A. Working with people with PTSD : Research implications / M. A. Dutton, F. L. Rubinstein // Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized . – New York: Brunner / Mazel, 1995. — pp. 82–100.
11. Figley C. R. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder : An overview / C. R. Figley // Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. – New York : Brunner / Mazel, 1995. – pp. 1 – 20.
12. Good D. A. Secondary traumatic stress in art therapists and related mental health professionals / D. A. Good. – Dissertation Abstracts International. – 1996. – 57, 6, 2370 .
13. Meichenbaum, D. Self-care for trauma psychotherapists and caregivers: individuals? Social and organizational interventions. : www.melissainstitute.org/documents/Meichenbaum_SelfCare .
14. Pearlman L. A. Vicarious traumatization : An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists / L. A. Pearlman, P. S. Mac Ian // Professional Psychology: Research and Practice. – Vol. 26, 1995. – pp. 558 - 565.
15. Rothschild B. Help for the helper : The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma / B. Rothschild - New York: W.W. Norton, 2006.

References transliterated

1. Konoplytska T.O. Sotsialni parametry riziky / T. O. Konoplytska. – dis. na zvan'ya kand.sots.nayk 22.00.04 – K., 2006.
2. Kulakov C. A. Supervizia v psihoterapii. Uchebnoe posobie dlja supervisorov i psihoterapevtov / C. A. Kulakov. – SPb., 2004. – 345 p.
3. Lazos G. P. Diagnostika ta profilactica negatyvnyh emotsiynyh reaktsiy volonteriv-psihologiv / psihoterapevtiv u roboti z postrazhdalymy ditmy / G. P. Lazos / Psihologichna dopomoga dityam u kryzovyh syuatsiah : metody i tehniky / Z. G. Kissarchyik, Y. M. Omelchenko, I. M. Bila ... G. P. Lazos ; za red. Z. G. Kissarchyik . – Vinnytsa : FOP Rogalska I. O., 2016. – 2-e vyd. – P. 186 – 232.
4. Lazos G.P. Psihologichna pidtrymka volonteriv scho pratsuut z

- postrazhdalymy / G. P. Lazos, L. I. Lytvynenko // Psychologichna dopomoga postrazhdalym vnaslidok kryzovyyh travmatychnyyh podiy : metodychnyi posibnyk / Z.G. Kissarchyik, Y. M. Omelchenko, G. P. Lazos et al; za red. Z. G. Kissarchyik. – K. : TOV “ Vydavnytstvo “Logos”. – P. 121 -141.
5. Lazos G. P. Diagnosyka negatyvnyh emotsiynyh stanyv psychologyv scho pratsuut z travmovanymy viyskovoslyzhbovtsiamy / Z.G. Kissarchyik, G. P. Lazos // Aktyalny doslidzhennya v sychastniy vitchyznyaniy extremalniy ta krizoviy psychologyi : monographia / za zag. red. V.P. Sadkovogo, O.V. Tymchenka ; NUTZZU – KH. : FOP Mezina V.V., 2017. – P.312 – 334.
 6. Tarabryna N. V. Praktycheskoe rykovodstvo po psychologyi posttravmaticheskogo stressa. Ch.1 Teoria i metody / N. V. Tarabryna, V. A. Agarkov, U. V. Bychovets et al. — M. : Isd - vo «Cogito – tsentr », 2007. — 208 p.
 7. Ureva L. N. Syitsid v psychyatricheskoy bolnitse : strategii profilaktiky psychieskoy desadaptatsii u meditsinskogo personala / L. N. Ureva // Syitsidologia. – vyp. № 4 (17). – T. 5. – 2014. – P.32- 37.
 8. Baird S. Vicarious traumatization, secondary traumatic stress and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff and volunteers / Stephany Baird. – Thesis Prepared for the Degree of master of science university of North Texas – August 1999. – 129 p. - <http://www.google.com/search?q=Baird%2C+Stephanie+B.S.+VICARIOUS+TRAUMATIZATION%2C+SECONDARY+TRAUMATIC+STRESS%2C+AND&rls=com.microsoft.ru:IE-SearchBox&ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=ie7&rlz=117GGLR>. – назва з екрану.
 9. Baranowsky A. Treatment Manual for Accelerated Recovery from Compassion Fatigue / A. Baranowsky, J. Gentry – NY, 2011. – 548 p.
 10. Dutton M. A. Working with people with PTSD : Research implications / M. A. Dutton, F. L. Rubinstein // Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized . – New York: Brunner / Mazel, 1995. — pp. 82–100.
 11. Figley C. R. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder : An overview / C. R. Figley // Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. – New York : Brunner / Mazel, 1995. – pp. 1 – 20.
 12. Good D. A. Secondary traumatic stress in art therapists and related mental health professionals / D. A. Good. – Dissertation Abstracts International. – 1996. – 57, 6, 2370 .
 13. Meichenbaum, D. Self-care for trauma psychotherapists and caregivers: individuals? Social and organizational interventions. : www.melissainstitute.org/documents/Meichenbaum_SelfCare .

14. Pearlman L. A. Vicarious traumatization : An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists / L. A. Pearlman, P. S. Mac Ian // Professional Psychology: Research and Practice. – Vol. 26, 1995. – pp. 558 - 565.
15. Rothschild B. Help for the helper : The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma / B. Rothschild - New York: W.W. Norton, 2006.

Lazos G. P. Risk factors for the emergence of negative emotional states in volunteers' psychologists / therapists. The article is devoted to the presentation of research findings on the risk factors for the emergence of negative emotional states among volunteers of psychologists / psychotherapists who work with the victims. A detailed analysis of the factors influencing the development of negative states of specialists in relations with the victims is given, with special attention to those that are subjectively allocated by experts themselves. The article also presents recommendation and prevention strategy for specialists.

Key words: volunteers - psychologists / psychotherapists, negative emotional states, victims, secondary traumatic stress, burnout syndrome, alexithymia, stress-factors, risk groups, supervisory support, own psychotherapeutic experience.

Відомості про автора

Лазос Гелена Петрівна, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник лабораторії консультативної психології і психотерапії Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.

Lazos Gelena, PhD, senior researcher, laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences (NAPS) of Ukraine. Kiev, Ukraine.

Lazos.gelena@yahoo.com

Лазос Г.П.

Фактори ризику виникнення негативних емоційних станів у волонтерів психологів/психотерапевтів

Сучасні науковці доводять, що сприйняття соціального ризику людиною має велике значення адже об'єктивні та суб'єктивні оцінки ризику не завжди збігаються. Отже, одним із важливих завдань нашого дослідження, є спроба виявлення як об'єктивних, так і суб'єктивних уявлень фахівців щодо факторів ризику у роботі з постраждалими.

Професійна діяльність психологів і представників інших «допоміжних» професій завжди передбачає ризики через особливості контакту з травмованими клієнтами. Емпатійне залучення у стосунок із людиною, яка переживає наслідки травмування, викликає зміни у внутрішньому досвіді психолога/психотерапевта у вигляді різних емоційних реакцій (станів).

Виявлення основних стрес-факторів, що впливають на виникнення негативних емоційних станів у волонтерів психологів/психотерапевтів показало, що є три групи таких факторів: стрес-фактори, пов'язані із характеристиками клієнтів; стрес-фактори, пов'язані із характеристиками роботи; стрес-фактори, пов'язані із особистісними характеристиками фахівця. Серед цих груп найсуттєвішою є група стрес-факторів, пов'язана із характеристиками роботи фахівців, а саме: відсутність супервізійної і колегіальної підтримки, міжвідомча неузгодженість та юридична невизначеність, відсутність грошової компенсації за роботу. Серед найбільш значимих стрес-факторів, пов'язаних із характеристиками фахівця, виявились поточний особистий досвід стресу та неопрацьованість власних травм. Найменш значимою виявилась група стрес-факторів, пов'язана із характеристиками клієнта, що, на нашу думку, вказує на значне підвищення професіоналізму психологів / психотерапевтів, які працюють з різними групами постраждалих.

Виявлено, що стандартизовані методики, за якими були отримані об'єктивні результати дослідження підтверджують результати дослідження факторів ризику виникнення негативних емоційних станів у волонтерів психологів/психотерапевтів, отриманих на основі суб'єктивних даних, виділених безпосередньо самими фахівцями.

Серед найбільш значущих факторів і чинників (виділених на основі об'єктивних та суб'єктивних даних), які впливають на зниження рівня ВТС та СВ та інших негативних емоційних станів фахівців у роботі з постраждалими виявились: постійна супервізійна підтримка фахівців і отримання власного психотерапевтичного досвіду фахівцями.

Подано рекомендації щодо профілактичних заходів фахівцям по запобіганню негативних емоційних станів (ВТС, СВ, алекситимії) в роботі з постраждалими, які базуються на тріаді: підвищення самоусвідомлення — безперервний професійний розвиток — супервізія.

Ключові слова: волонтери – психологи / психотерапевти, негативні емоційні стани, постраждалі, вторинний травматичний стрес, синдром вигорання, алекситимія, стрес-фактори, групи ризику, супервізійна підтримка, власний психотерапевтичний досвід, превентивні стратегії.

УДК 159.9:070

Гурлева Т.С.

ОСОБИСТІСНА АВТОНОМНІСТЬ ЧИТАЧІВ В ОПІРНОСТІ ДЕСТРУКТИВНОМУ ВПЛИВУ МЕДІА-ТЕКСТІВ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

Володіти собою — найбільша влада (Сенека)

Гурлева Т. С. Особистісна автономність читачів в опірності деструктивному впливу медіа-текстів: реалії та перспективи розвитку. У статті викладено результати дослідження особливостей якості автономності громадян – читачів друкованих ЗМІ, а також редакторів текстових видань. Встановлено, що автономність

редактора пов'язана з його діалогічністю і впливає на встановлення діалогу між автором статті (психологом) і читачем (клієнтом), що позначається на здатності останнього опиратися деструктивному впливу медіа-текстів в умовах гібридної війни. Окреслено перспективи розвитку автономності та діалогічного взаємовпливу означених сторін комунікативного процесу – читача, автора і редактора ДЗМІ.

Ключові слова: автономність, залежність, суб'єктна регуляція, друковані ЗМІ, медіа-текст, діалогічний текст, деструктивний вплив, діалогічне спілкування, діалогічне мислення, психолог-автор, клієнт-читач, редактор видання.

Гурлева Т. С. Личностная автономность читателей в сопротивляемости деструктивному влиянию медиа-текстов: реалии и перспективы развития. В статті изложены результаты исследования особенностей качества автономности граждан – читателей печатных СМИ, а также редакторов текстовых изданий. Установлено, что автономность редактора связана с его диалогичностью и влияет на установление диалога между автором (психологом) статьи и читателем (клиентом), что сказывается на способности последнего сопротивляться деструктивному влиянию медиа-текстов в условиях гибридной войны. Очерчены перспективы развития автономности и диалогического взаимовлияния обозначенных сторон коммуникативного процесса – читателя, автора, редактора издания ПСМИ.

Ключевые слова: автономность, зависимость, субъектная регуляция, печатные СМИ, медиа-текст, диалогический текст, деструктивное влияние, диалогическое общение, диалогическое мышление, психолог-автор, клиент-читатель, редактор издания.

Постановка проблеми. Вітчизняні вчені активно досліджують питання психологічної допомоги різним категоріям постраждалих від воєнних дій та медіа-впливу для збереження психічного здоров'я громадян. Збільшилась кількість робіт, в яких розкриваються питання впливу тексту на свідомість людини, питання діалогу як співтворчості, продуктивної взаємодії, а також життєвої, комунікативної, авторської і читацької компетентності (Г.О. Балл, О.Л. Вернік, Т.Г. Калюжна, О.М. Корніяка, М.М. Назар, Л.А. Найдьонова, В.В. Різун, Т.О. Яценко та ін.). Попри значну кількість наукових розробок із зазначених тем, майже відсутні

напрацювання щодо особливостей впливу психолога на громадян опосередковано, через текстові, друковані ЗМІ (ДЗМІ), що б, упереджуючи наслідки деструктивного навіювання через медіа-тексти, сприяло особистісному розвитку людини у сучасних кризових умовах. Адже друкований, буквенний текст є досить популярним і прочитуваним, а преса взагалі вважається «більш аналітичною, ніж радіо і телебачення, адже вона потребує сильних аргументів для переконання читачів і більшою мірою “працює” з розумом аудиторії» [8, с. 49]. Актуальним є вивчення окремих факторів, а також особистісних рис і якостей, які допомагають читачеві отримувати корисну інформацію й активно опиратися шкідливому впливу через текстові (буквені) мас-медійні ресурси.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Щодо сприйняття тексту нагальними є ідеї і напрацювання таких вітчизняних і зарубіжних психологів, як Л. С. Виготський, Х. Г. Гадамер, Г. С. Костюк, О. О. Леонтьєв, С. Л. Рубінштейн, Н. В. Чепелева та ін. Останнім часом все активніше розробляється проблема особливостей функціонування газетного стилю мови (Т. Г. Добросклонська, Г. М. Подшивайлова, М. А. Шамелашвілі та ін.), до основних функцій якого відносять інформаційну функцію та функцію впливу, причому друга вважається домінуючою [5].

Вчені підкреслюють важливість дотримання певних вимог до тексту психолога. Один із пунктів Етичного кодексу вченого, запропонованого академіком С.У. Гончаренком, безпосередньо стосується виступів психолога, у тому числі у ЗМІ, які є складовою частиною національного інформаційного простору: «Наукові видання праць і виступи вченого на наукових форумах, викладацька робота і просвітницька діяльність через засоби масової інформації повинні бути бездоганними в етичному плані, містити достовірну об'єктивну науково-практичну інформацію і виключати будь-яку рекламу, саморекламу й елементи недобросовісної конкуренції» [7, с.92]. Дотримання цих та інших етичних норм не лише сприяє успішному впровадженню результатів наукових досліджень у життя суспільства, а є умовою висококваліфікованої фахової допомоги, якої потребують громадяни в сучасних кризових умовах. Така допомога передбачає гуманні, суб'єкт-суб'єктні, рівноправні стосунки між партнерами.

Важливою якістю того, хто надає психологічну допомогу і того, хто її отримує, вважаємо особистісну автономність. У філософському сенсі автономність значить самозаконність, самостійне буття, яке визначається власним розумом і совістю, це – свобода, яка криється у самодетермінації і незалежності від зовнішніх впливів. Автономна, незалежна і вільна особистість, на думку психологів, не означає її відчуження, самотність та асоціальність. Автономність необхідна індивідові для власного становлення, творчої вибудови стосунків з іншими людьми і свого життя, та розглядається як суб'єктна активність (К. О. Абульханова-Славська, А. В. Брушлинський, В. О. Татенко, В. А. Роменець та ін.), особистісна активність (Л. І. Анциферова, Л. І. Божович, М. Й. Боришевський та ін.). Так, Е. Фромм розумів автономність як позитивну свободу для саморозвитку, вбачав у ній запоруку самостійного та свідомого вибору, коли людина бере на себе відповідальність за власні вчинки [11]. Г. О. Балл розглядає особистість «як вищий рівень суб'єктності», під чим розуміє свободу індивіда, його здатність до самовизначення (самодетермінації) [1]. Автономність або «ефективна самостійність», за Г. С. Пригіним, є однією з найважливіших інтегративних якостей особистості, яка відображає високий ступінь сформованості системи свідомої регуляції, яку можна розглядати і як тип суб'єктної регуляції, і як тип активності особистості [6, с. 9].

Мета дослідження – визначити особливості якості автономності громадян та її роль у діалогічному спілкуванні читачів з психологом-автором і в опірності деструктивному впливу через ДЗМІ. **Методи дослідження:** анкетне опитування українців щодо їх схильності до діалогу з медіа-психологом, а також редакторів друкованих видань стосовно діалогічності текстів, які виходять із паперового друку (або розміщаються на інтернет-сайті); вивчення розвитку автономності як якості суб'єкта, що сприяє діалогічності стосунків між психологом і громадянами (тест Г. С. Пригіна «Автономність-Залежність»). До аналізу даних емпіричного дослідження було застосовано методи кількісної і якісної обробки, методи математичної статистики.

Виклад основного матеріалу і результатів дослідження. Інформація, яку подають сучасні ЗМІ, є завжди актуальною, особливо коли в отриманні затребуваних відомостей і даних є

певний дефіцит, або до якоїсь теми є надзвичайна цікавість громадян. Завдяки різноманітним формам масової інформації індивід отримує можливість усвідомлювати свою єдність із суспільством, відчувати себе невід'ємною частиною людства. Користуючись різними джерелами інформації, людина може або творчо змінювати себе і своє оточення, або, піддавшись деструктивному, маніпулятивному, руйнівному впливові, прямувати хибним шляхом, деградувати. Механізми такого впливу ефективно діють там, де вони не зустрічають опору, де людина «дозволяє» маніпулювати собою, покладаючись не на власні переконання, особисту відповідальність, совість, пошук істини, а на зовнішній авторитет. Таке некритичне підпорядкування впливовим людям, чужій думці провокує регрес особистості, нівелювання, а то й знищення її здатності бути суб'єктом свого і суспільного життя. Тому важливим є отримання громадянином фахової допомоги у пошуку і відновленні власних ресурсів у подоланні життєвих криз, спричинених війною, в опиранні маніпулятивним, дезорієнтуючим технологіям. Підтримати людину і допомогти їй визначитись у житті, у власних можливостях може психолог як віч-на-віч, так і дистанційно. За нашими даними, психологічної допомоги у процесі очної зустрічі з психологом потребують більшість громадян – 53,8 %, через текстові, друковані джерела (преса, інтернет-сайти, посібники тощо) – 42,3 %, через Телефон довіри – 3,9 % респондентів. Як бачимо, частка ДЗМІ у цьому переліку джерел психологічної допомоги є досить вагомою, а отже необхідність розгляду проблеми надання психологічної допомоги через медіа-текст є безперечною.

Зокрема досліджено, яку популярність у громадян має те або інше текстове джерело отримання психологічної допомоги і відповідно оцінка його ефективності. Так, лідером є «Виступи і лекції в Інтернеті» (44 %), не настільки ефектно виглядають «Наукові книги і збірники» (19 %) і «Газети» (15 %), трохи гірше – «Науково-популярні журнали» (13 %), аутсайдером виступають «Популярні журнали» (усього 9 %). Відносна популярність і задоволеність читачів інтернет-матеріалами може свідчити про перспективний розвиток цього інформаційно-комунікативного джерела, який стає все більш доступним і дійовим, а значить варто наголосити на доцільності підвищення відповідальності за якість

психологічної допомоги саме через інтернет-видання. Досить затребуваними і впливовими на свідомість людей залишаються друковані видання (посібники, газети і журнали). Оцінка ефективності психологічної допомоги через те чи інше джерело розміщалась у межах 4,7-2,4, і дещо знижений бал (із 5-ти) свідчить про певні кваліфікаційні прогалини, які варто додатково вивчати та аналізувати.

У даній статті зосереджено увагу на опосередкованому, непрямому виді спілкування, яке за формою може бути: інформативне або пізнавально-орієнтирне; діалогічне, конструктивне, гуманістичне; маніпулятивне, деструктивне, негуманістичне. З позицій гуманістичного підходу (Г. О. Балл, Дж. Бьюдженталь, Ф. Ю. Василюк, С. Д. Максименко, В. О. Моляко, К. Роджерс; В. О. Татенко та ін.), оптимальною є та якість стосунків, що зумовлює суб'єкт-суб'єктну взаємодію між комунікантами. Людина, яка потребує психологічної допомоги, має свідомо орієнтуватися у тому, що відбувається навколо неї і в світі, відновлювати і розвивати власну особистість, свій внутрішній світ, стосунки з людьми. Це стає можливим завдяки діалогу і через діалог.

Тема діалогу як співтворчості, продуктивної взаємодії у процесі навчання і виховання, психологічного консультування і психотерапії знайшла своє відображення у працях таких вчених, як М. М. Бахтін, І. Дзялошинський, Г. В. Дьяконов, З. Г. Кісарчук, В. О. Кудін, О. В. Коп'йов, Є. Г. Осін, М. В. Папуча, Т. І. Ханецька та ін. Роботи вітчизняних і зарубіжних науковців присвячено проблемам діалогічного мислення як передумови особистісного розвитку (Н.І. Гринчишин, О.В. Диса, О.О. Кайдановська, О.М. Матюшкін, О.М. Петроє, І.І. Русинка, М. Фрідман, Е. Чаплєєвич та ін.).

Гуманістична психотерапія акцентує увагу на самопомочі (self-help), яку терапія заохочує і завдяки якій «працює». Терапевт може запропонувати клієнту: по-перше, безпечний простір для роботи, в якому клієнт може вести діалог і творчо мислити, експериментувати і отримувати досвід; по-друге, процедури, які клієнт може використати для створення нового особистого досвіду: по-третє, терапевт передає клієнтові власний інтерактивний досвід і забезпечує зворотний зв'язок [10, с. 128]. У ході діалогу

надзвичайно важливим є відкриття людиною сутнісних, буттєвих смислів та орієнтирів, насамперед у кризових умовах, з метою збереження цілісності і подальшого розвитку особистості як суб'єкта індивідуального і суспільного життя. Тому ми робимо наголос на гуманістичному, конструктивному, розвивальному, відкритому, суб'єкт-суб'єктному, «бахтінському діалозі» (термін «бахтінський діалог» вживано в працях В. С. Біблера, Р. В. Вязової, Н. О. Лихоманової, В. В. Молоченко, А. П. Петюренко та ін.).

Діалогічний вид спілкування є протилежним маніпулюванню, що виступає негуманною, деструктивною, руйнівною формою впливу, який здійснюється шляхом омані, спокушання людини до вигідних маніпулятору дій (Л. О. Данильчук, В. Г. Лемеш, В. М. Петрик, Є. Д. Скулиш та ін.). На жаль, різні ЗМІ використовуються як канали маніпуляції для тих, хто націлений зробити людину керованою, безвольною, безвідповідальною, нездатною правильно зрозуміти і самостійно оцінити будь-яку інформацію про події, явища, приймати відповідальні рішення. Чутки, відверта брехня, які некритично засвоюються й емоційно «підігруються», і зовсім дезорієнтують людину, роблячи її легкою здобиччю в руках справного маніпулятора. Якщо діалог – це щира відкритість один одному і спілкуванню, то маніпулювання, навпроти, є прихований від опонента вплив на нього, на його систему ставлень і орієнтацій, пов'язаний з ігноруванням бажань і потреб, пригнобленістю особистості [3; 5; 9 та ін.]. Опиратися деструктивним впливам можна, розвиваючи власне діалогічне мислення, діалог з самим собою («говорити із самим собою»), і «на холодну голову» обмірковувати отримувані повідомлення [9]. Діалог як властивість мислення розглядається в роботах Г. О. Балла, М. М. Бубера, С. Т. Ваймана, С. Ю. Курганова, О. М. Матюшкіна, Т. О. Флоренської, С. Ю. Степанова та ін. Діалогічне мислення, як зовнішній чи внутрішній діалог, є творчим мисленням, провідною формою якого є логіка діалога, а критичне мислення – автономним, творчим, ефективним (В. С. Біблер, В. О. Моляко та ін.).

Особлива роль діалогу належить комунікації через друковані, текстові засоби. Діалогічність полягає в двосторонній спрямованості тексту – як на автора, так і на читача (Р. Барт, М. М. Бахтін, У. Еко, Ю. М. Лотман та ін.). Текст, зауважує Н.

В. Чепелєва, здійснює вирішальний психологічний вплив на свідомість реципієнта, дозволяючи керувати процесами сприймання та розуміння повідомлення, впливати не лише на когнітивну, а й смислову сферу особистості, стимулювати її розвиток [12]. Розуміння тексту являє собою складну мисленнєву діяльність, яка включає в себе аналіз – виділення у тексті інформативно значущих елементів, і синтез – об'єднання їх у єдине ціле. Відсутність синтезу свідчить про нерозуміння, і, навпаки, розуміння тексту виникає у той момент, коли здійснюється синтез (праці Г. С. Костюка, І. О. Синиці, С. Л. Рубінштейна та ін.). Необхідним засобом пізнання, крім логічних процедур і практики, є асоціація, інтуїція, емоційне сприйняття будь-якого твердження (А. В. Брушлинський). Для покращення сприймання психологічних текстів у буквених виданнях варто звертатися до образів та емоцій читача, що стимулює творче сприймання прочитаного, породження власних смислів, коли відбувається «самовизначення себе не тільки як суб'єкта сприймання, ознайомлення та привласнення цього тексту, але і як можливого співавтора і відносно автономного творця нового тексту (неотексту)», пише В. В. Рибалка [7, с. 330-331].

Діалогічне, конструктивне спілкування психолога з громадянами вимагає від сторін налаштованості на таку взаємодію, знання особливостей її проведення. Діалогічність стає можливою завдяки засобам написання тексту, а саме: послідовність, ясність, логічність, аргументованість думок, спираючись на потреби певної категорії постраждалих. Діалогічність тексту передбачує і реалізує зацікавленість партнерів один в одному і в обговорюваній темі, взаємодовіру і взаємоповагу, обопільну симпатію, прийняття і бажання розуміти одне одного, обмінюватися думками і переживаннями, переносити отримані знання на інші життєві ситуації. Діалогічний текст створює і залишає у людини, яка отримує психологічну допомогу, відчуття ясного і критичного усвідомлення змісту, бажання й далі розмірковувати над ним, зберігати, збагачувати особистий досвід і передавати його іншим, спонукає до пошуку варіантів виходу з критичної ситуації, передбачає власне судження й особистий вибір. Маніпулятивний текст, навпроти, нав'язує думки, орієнтири і конкретні шляхи вирішення ситуації, які вигідні маніпулятору, а нагальна для

людини (або групи людей) проблема зіграє роль «наживки» для керування свідомістю читача.

Діалогічне спілкування можна порівняти з пошуком гармонії, у нашому випадку – у тексті, і яка встановлюється між людьми через текст. Так, В. В. Клименко пише: «Предмети гармонійні при сприйманні переживаються як піднесене, прекрасне, краса, а дисгармонія – як низьке, потворне, бридке тощо. Гармонія предметів і явищ викликає в людини позитивні почуття і наповнює нас своєю енергією; дисгармонія – "випалює" енергію нашої душі і створює стан страждання» [4, с. 38]. А критичність виявляє пошук гармонії в довкіллі [Там само, с.34], у тому числі, певно, і в матеріалах ЗМІ.

Аналіз наукових джерел показав, що для громадян України, які постраждали і продовжують страждати від воєнної агресії, важливими є прояви до себе довіри, поваги, любові, симпатії, співпереживання, співучасті, а також особиста здатність критично оцінювати події та інформацію, приймати самостійні відповідальні рішення, що є показниками діалогічної комунікації (праці автора за 2016-2017 рр., Електр. Бібліотека НАПН).

Розглянемо деякі результати пілотажного дослідження на підтвердження необхідності діалогічного спілкування між психологом і клієнтом. Зокрема, громадяни обох статей від 18 до 90 років так описують психолога, який спілкується діалогічно: «він активний, життєрадісний»; «розуміє з півслова», виявляє зацікавленість до проблеми, вислуховує, тактовно ставить запитання, не завищуючи самого себе; спокійний, справедливий, охайний; «має високий рівень духовного потенціалу»; «вчить захищати і зберігати себе, свою особистість»; його текст грамотний, зрозумілий, викликає цікавість. Небажано, коли психолог «дає нетактовні поради», «упихає свої цінні вказівки», коли багатослівний, «лізе в душу», виявляє «емоційну холодність», «зверхність». Спілкуючись з фахівцем діалогічно, громадяни, навпаки, відчують позитивні емоції, увагу, повагу та інтерес до себе, бажання розмовляти, відвертість у стосунках, коли «приємно», «довіряєш», «хочеться прислухатися». Ці дані підтверджують необхідність саме діалогічних стосунків в системі «психолог-населення», уникнення спроб, аби «бути почутим», маніпулятивного впливу на сучасних громадян України.

Здатність вибіркового ставлення до відомостей і рекомендацій, їх вибагливе осмислення, внутрішня протидія явним чи замаскованим маніпулятивним впливам через ДЗМІ залежать від багатьох особистісних рис і якостей (спостережливості, відповідальності, критичності, здатності творчо і логічно мислити тощо), зокрема від такої суб'єктної якості як автономність.

У Г.С. Пригіна [6] «автономність» базується на симптомокомплексі особистісних якостей, який має назву «ефективна самостійність». За типологією дослідника суб'єкти можуть бути «автономні» (незалежні, самостійні), «залежні» (несамостійні) і «невизначені» (цей тип ще має назву «автономні-залежні» або «змішані»). Система суб'єктної регуляції «автономних» суб'єктів характеризується цілісністю, узгодженістю окремих функціональних компонентів. Структура системи суб'єктної регуляції «змішаних» суб'єктів дозволяє їм бути більш гнучкими при оцінюванні результатів своєї діяльності у порівнянні з «автономними» і «залежними». Функціональні компоненти системи суб'єктної регуляції «залежних» взаємопов'язані слабо, що позбавляє її цілісності і визначає низьку результативність діяльності таких індивідів. У «автономних» особистостей краще розвинута вибірковість уваги, вони не «застряють» на знайденому, а скоріш та ефективніше переходять до пошуку наступного способу вирішення проблеми. Такі суб'єкти мають більшу лабільність мислення, ніж залежні, у них на високому рівні сформовані індивідуальні понятійні структури. У своїх образах майбутнього, розглядаючи його у позитивній динаміці, вони вбачають велику кількість можливих змін, у той час як «залежні», навпаки дають негативний чи нейтральний прогноз майбутнього. У цілому «автономні» суб'єкти характеризуються раціональністю, «залежні» – ірраціональністю, а «змішані» – синтетичністю, тобто поєднують обидва типи інформаційного обміну [Там само, с. 176-177]. Згадані та інші характеристики типів суб'єктної регуляції поведінки так чи інакше впливають на сприйняття, розуміння інформації, використання її для оцінки і вирішення власних проблем.

Окрім того, вимагало доказу, що автономність, забезпечуючи суб'єкт-суб'єктні стосунки між тими, хто вступає у взаємодію, сприяє розвитку якості автономності у партнерів по комунікації. Ми припускали, що автономність читачів підтримується і певною мірою

залежить від автономності людей, які забезпечують якість текстової продукції у ДЗМІ, а саме редактора чи заступника (далі вживається «редактор») популярних, науково-популярних, науково-методичних видань або окремих рубрик газет і журналів, де розміщуються серед інших також статті на психологічні теми.

Для виявлення особистісно-типологічних особливостей суб'єктної регуляції діяльності застосовувався тест «Автономність–Залежність» Г. С. Пригіна, що діагностує типи людей: «автономних», «залежних» і «змішаних». Пілотажне дослідження за цією методикою показало, що «автономних» серед редакторів (різного віку, статі, стажу) виявився значний відсоток, що вказує на те, що автономність є важливою особистісною і професійною якістю для цієї категорії працівників (Рис. 1.).

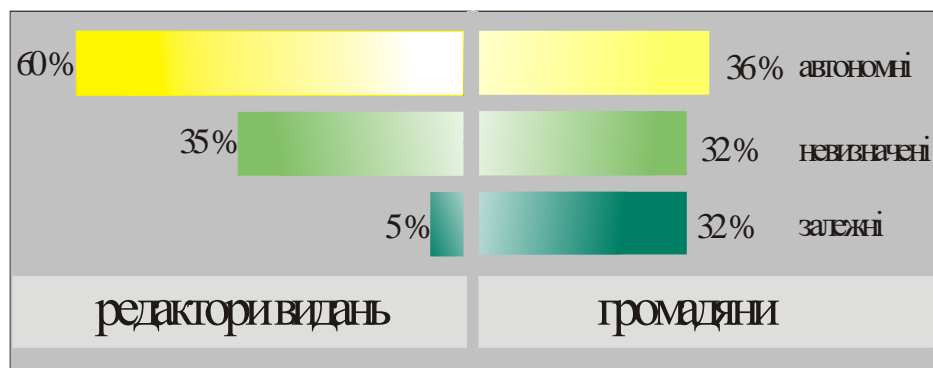


Рис 1. – Порівняльний розподіл редакторів вітчизняних видань (n = 20) та громадян України (n = 28) за рівнями суб'єктної регуляції діяльності (за методикою Г.С. Пригіна «Автономність–Залежність»)

Для порівняння таке само пілотажне дослідження було проведене серед громадян України. Незначна вираженість цієї суб'єктної якості у більшості опитаних вказує на необхідність її розвитку, адже від неї у певній мірі залежить здатність людини до діалогу і до опірності руйнівним маніпулятивним впливам. Цю думку можна підтвердити тим, що автономні редактори, а також автономні читачі виявляють схильність до текстів, що характеризуються діалогічністю.

Так, серед запитань анкети [2], яка пропонувалась редакторам видань, було наступне: *«Для друку Вами відбираються матеріали: а) – суто інформативного, пізнавального змісту (загальні відомості, на кшталт психологічного лікнепу тощо): Завжди. Інколи. Ніколи. – потрібне підкреслити.; б) – які спонукають читача до роздумів, аналізу тексту, формування власної думки: Завжди. Інколи. Ніколи. – підкреслити; в) – як конкретні вказівки, рекомендації, поради, які не передбачають сумнівів читача, а спонукають до прямого наслідування: Завжди. Інколи. Ніколи. – підкреслити».*

За допомогою аналізу розподілу частот даних, значна кількість – 40 % – опитаних редакторів, які на пункт б) дали відповідь «завжди» (15 % – «інколи» і 5 % – «ніколи»), відносяться до групи автономних. Залежні редактори в основному обирають продукцію, яка не передбачає критичності читача до тексту, формування ним власної думки (пункт в)). А пункт б) редакторами цього типу у 5 % випадків взагалі «ніколи» не ставиться за мету. Вибір пункту б) редакторами невизначеного типу становить 30 % «інколи» і 5 % – «завжди» [більш детально, Там само].

Отже, емпіричне дослідження засвідчило, що автономність редактора як риса особистості певною мірою пов'язана зі здатністю фахівця до діалогічної взаємодії. Ця якість проявляється безпосередньо у конкретних вимогах до авторських матеріалів, які, зі свого боку, спонукають читача до роздумів, аналізу тексту, формування власної думки: автономні редактори вимагають від авторів текст, який за пунктом б) анкети характеризується діалогічністю. І навпаки, залежність редактора знижує вимоги до психолога-автора щодо діалогічності його продукту. Серед вимог до тексту «автономні» (і частково «невизначені») редактори відносять зокрема: інформативність, логічність, точність, цільність, послідовність викладення думок, зв'язність, текст повинен бути актуальним, цікавим і корисним, має бути «розуміння проблеми», «правдивість», «повага до читача», щоб текст «надихав на творчість, добро, взаємодопомогу» – ці вимоги загалом відповідають ознакам діалогічності тексту. Натомість, «залежні» редактори здебільшого схиляються до статей, що сприяють пасивному засвоєнню інформації, орієнтують на конкретні поради, вказівки, настанови

ззовні, що передбачає певну піддатливість читача до маніпулятивного впливу.

Аналогічне запитання щодо вибору прийнятного тексту ставилось і громадянам («Послугуючись психологічною допомогою через друковані ЗМІ, Ви обираєте статті: пункти *а), б), в)*...», аналогічно тому, які відповіді було запропоновано редакторам в анкеті). Виходить, що для більшості споживачів друкованої, текстової психологічної допомоги прийнятний такий виклад матеріалу, який містить як загальну інформацію, так й переважно таку, яка налаштовує на роздуми, формування особистої думки, «розмову» з автором статті, тобто передбачає *діалог з психологом*. Такі читачі відносяться до групи автономних особистостей. У той час як ті, хто віднесені до групи залежних людей, більш орієнтовані на конкретні вказівки і рекомендації психолога. Громадяни, які належать до групи змішаних, не віддають переваги певній формі викладення матеріалу, послугуючись статтями, представленими у будь-який спосіб. Зазначимо, що інформативно-орієнтирний стиль статей (*пункт а)*) як бажаний відмічається усіма типами респондентів, що вказує на те, що інформація важлива і доцільна при будь-якому викладі матеріалу, та *тільки від діалогічного чи маніпулятивного стилю спілкування автора з читачем залежатиме, чи буде повідомлення сприйматися як матеріал для роздумів, чи як пряма вказівка*.

Окрім того, зафіксовано, що тип суб'єктної регуляції (за Г. С. Пригінім) може впливати на вибір громадянами виду мас-медіа. Так, з Табл. 1. бачимо, що газети і журнали користуються більшою популярністю у автономних особистостей; Інтернет – у залежних; радіо, газети і телебачення – у невизначених. Це підтверджує, що друковане слово потребує аналізу, роздумів, а ТБ і Інтернет, певно, більш приваблюють своїм оформленням, не надто вимагаючи від людини критичності та відповідальності у сприйманні як психологічних, так і будь-яких інших текстів. Важливо підкреслити, що значна кількість українців, які характеризуються автономністю і невизначеністю (разом 68 %, Рис. 1.), вимагає від редакторів видань і психологів-авторів суб'єктної автономності, аби досягти діалогічності спілкування, що сприятиме опірності читача деструктивному впливу ДЗМІ.

**Вибір (у відсотках) джерел отримання психологічної допомоги
громадянами в залежності від типу суб'єктної регуляції
діяльності**

Джерела отримання психологічної допомоги	Типи суб'єктної регуляції діяльності			Усього
	автономні	невизначені	залежні	
Газети	60,0	40,0	0,0	100,0
Журнали	37,5	37,5	25,0	100,0
Телебачення	33,3	40,0	26,7	100,0
Інтернет	25,0	35,0	40,0	100,0
Радіо	25,0	75,0	0,0	100,0

Отримані дані свідчать про загалом позитивну тенденцію розвитку суб'єкт-суб'єктних, конструктивних, діалогічних стосунків вітчизняного психолога і клієнта, а також про перспективи цілеспрямованого підвищення (програми, семінари, курси, тренінги і т.ін.) комунікативної, діалогічної, писемної компетентності авторів психологічних текстів і редакторів видань, які їх відбирають і видають тепер та видаватимуть у майбутньому для широкого кола громадян України.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Особистісна автономність є важливою якістю суб'єкта-читача (а також слухача і глядача), бо робить можливим його діалог з текстом, а значить його автором.

Особистісна автономність є обов'язковою професійною якістю редакторів друкованих видань для сприяння встановленню діалогічної взаємодії психолога-автора тексту і клієнта-читача. Автономність редакторів виступає умовою становлення і вияву автономності авторів статей, що, у свою чергу, стає умовою підтримки і формування цієї суб'єктної якості у читача, який отримує психологічну допомогу через текстові ЗМІ.

Психолог гуманістичного спрямування має спілкуватися з населенням таким чином, аби подолати схильність людини покладатися на волю «сильного і авторитетного», а кріпити власну суб'єктну здатність активно творити своє життя, самостійно впливати на його якісні зміни. Конструктивна, підтримуюча і спрямовуюча діалогічна взаємодія між психологом-автором і

клієнтом-читачем сприяє опору маніпулятивним технологіям, бо допомагає людині думати, формувати власні оцінки і переконання, попереджає прийняття чужих думок і вказівок до дії без критичного їх осмислення, а значить робить людину вільною, відповідальною за своє життя і поведінку, тобто суб'єктом свого життя.

У більш широкому аспекті такі висновки можна розповсюдити і на будь-які інші матеріали у різноманітних ЗМІ. Росту діалогічної компетентності авторів літературних, політичних тощо текстів зараджує автономність редактора, завдячуючи якому авторський текст через інформаційний простір стає доступним для громадянина, а його автор через діалогічні стосунки з читачем (глядачем, слухачем) здатен компетентно допомогти людині глибше пізнати, зрозуміти і врешті-решт вирішити свої проблеми і не стати жертвою руйнівних маніпулятивних впливів.

Перспективним вбачається визначення психологічних умов і методів розвитку діалогічної компетентності клієнта-читача і медіа-психолога.

Список використаних джерел:

1. Балл Г. О применении категории «личность» в исторической психологии / Г. Балл : Матеріали інтернет-конференції «Пізнавальний та перетворювальний потенціал історичної психології як науки» (Одеса, ОНУ ім. І.І. Мечнікова, лютий 2012 р.). – Режим доступу: <http://forum.onu.edu.ua/index.php/topic.50820.html>
2. Гурлева Т. Автономність редактора друкованого видання: шлях до діалогу автора і читача / Тетяна Гурлева // Психолог, № 21-22, листопад-грудень 2017 р. – С. 9-17.
3. Дайер У. Как избавиться от комплекса жертвы / Уэйн Дайер. – Минск: «Попурри», 2010. – 336 с.
4. Клименко В.В. Структура психофізіологічних станів у професійному здійсненні особистості / В.В. Клименко / Психофізіологічні закономірності професійного самоздійснення особистості : монографія; за ред. О.М. Кокуна. Розділ 1.2. – К.: Педагогічна думка, 2015. – с.16-51.
5. Лемеш В.Г. Засоби маніпулятивного впливу у смисловому просторі англомовного медіатексту / В.Г. Лемеш. – Режим доступу: http://www.confcontact.com/20110929/fl_lemesh.php – Назва з екрана.
6. Прыгин Г.С. Психология самостоятельности: Монография / Г.С. Прыгин. – Ижевск, Набережные Челны: Изд-во Института управления, 2009. – 408 с.

7. Рибалка В.В. Словник із психології та педагогіки обдарованості і таланту особистості [Текст] : термінол. слов. / Валентин Рибалка ; Нац. акад. пед. наук України, Ін-т обдаров. дитини, Ін-т пед. освіти і освіти дорослих. – Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2016. – 423 с.
8. Різун В. В. Теорія масової комунікації : підручник / В.В. Різун. – К. : Прогрес, 2008. – 260 с.
9. Русинка І.І. Психологія : навчальний посібник / Іван Іванович Русинка . – Київ : Знання, 2007 . – 367 с.
10. Смит Н. Современные системы психологии / Ноэль Смит / Пер. с англ. под общ. ред. А.А. Алексеева, – СПб.: ПРАЙМ- ЕВРОЗНАК, 2003. – 384 с.
11. Фромм Э. Человек для себя / Эрик Фромм. – Мн. : Коллегиум, 1992. – 253 с.
12. Чепелева Н.В. Текстова інформація як чинник психологічного впливу на свідомість реципієнта / Н.В. Чепелева // Технології розвитку інтелекту : Електр.наук.журн. – Том 1, № 2 (2011).

References transliterated

1. Ball G. O primeneniі kategorii «lichnost'» v istoricheskoy psihologii / G. Ball : Materiali internet-konferenciі «Piznaval'nij ta peretvorjuval'nij potencial istorichnoі psihologii jak nauki» (Odesa, ONU im. I.I. Mechnikova, Іlutij 2012 r.). – Rezhim dostupu: <http://forum.onu.edu.ua/index.php/topic.50820.html>
2. Hurlieva T. Avtonomnist redaktora drukovanoho vydannia: shliakh do dialohu avtora i chytacha / Tetiana Hurlieva // Psykholoh, # 21-22, lystopad-hruden 2017 r. – S. 9-17.
3. Dajer U. Kak izbavit'sja ot kompleksa zhertvy / Ujejn Dajer. – Minsk: «Popurri», 2010. – 336 s.
4. Klymenko V.V. Struktura psykhofiziologichnykh staniv u profesiinomu zdiisnenni osobystosti / V.V. Klymenko / Psykhofiziologichni zakonomirnosti profesiinoho samozdiisnennia osobystosti : monohrafiia; za red. O.M. Kokuna. Rozdil 1.2. – K.: Pedahohichna dumka, 2015. – s.16-51.
5. Lemesh V.H. Zasoby manipulyativnoho vplyvu u smyslovomu prostori anhlomovnoho mediatekstu / V.H. Lemesh. – Rezhim dostupu: http://www.confcontact.com/20110929/fl_lemesh.php – Nazva z ekrana.
6. Prygin G.S. Psihologija samostojatel'nosti: Monografija / G.S. Prygin. – Izhevsk, Naberezhnye Chelny: Izd-vo Instituta upravlenija, 2009. – 408 s.
7. Rybalka V.V. Slovnyk iz psykholohii ta pedahohiky obdarovanosti i talantu osobystosti [Tekst] : terminol. slov. / Valentyn Rybalka ; Nats. akad. ped. nauk Ukrainy, In-t obdarov. dytyny, In-t ped. osvity i osvity doroslykh. – Zhytomyr : Vyd-vo ZhDU im. I. Franka, 2016. – 423 s.

8. Rizun V. V. Teoriia masovoi komunikatsii : pidruchnyk / V.V. Rizun. – K. : Prosvita, 2008. – 260 s.
9. Rusynka I.I. Psykholohiia : navchalnyi posibnyk / Ivan Ivanovych Rusynka . – Kyiv : Znannia, 2007 . – 367 s.
10. Smit N. Sovremennye sistemy psihologii / Nojel' Smit / Per. s angl. pod obshh. red. A.A. Alekseeva, – SPb.: PRAJM- EVROZNAK, 2003. – 384 s.
11. Fromm Je. Chelovek dlja sebja / Jerik Fromm. – Mn. : Kollegium, 1992. – 253 s.
12. Chepelieva N.V. Tekstova informatsiia yak chynnyk psykholohichnoho vplyvu na svidomist retsypiienta / N.V. Chepelieva // Tekhnolohii rozvytku intelektu : Elektr.nauk.zhurn. – Tom 1, # 2 (2011).

Hurlieva T. S. Personal autonomy of readers in resisting the destructive effect of media texts: the realities and prospects of development. The article presents the results of the study of the quality of autonomy of readers of print media as well as editors of written press. It has been established that the autonomy of the editor is connected with its dialogicity and affects the establishment of a dialogue between the author of the article (the psychologist) and the reader (the client), which affects the ability of the latter to resist the destructive influence of media texts in the times of hybrid war.

The paper outlines the development prospects of autonomy and dialogical interaction of the indicated parties of the communicative process - the reader, the author and the editor of the printed media.

Keywords: autonomy, dependence, subject adjusting, the printed media, dialogical text, destructive impact, dialogical communication, dialogical thinking, the psychologist as an author, a client as a reader, the editor of publication.

Відомості про автора:

Гурлева Тетяна Степанівна, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії, Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, м. Київ, Україна.

Hurlieva Tetiana Stepanivna, Candidate of Psychological Sciences, Senior Research Fellow at the Laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Kyiv, Ukraine.

t.s.gurleva@gmail.com

Особистісна автономність читачів в опірності деструктивному впливу медіа-текстів: реалії та перспективи розвитку

У статті розглядаються важливість та особливості розвитку у громадян сучасної України, що послуговуються психологічною допомогою фахівців через медіа-тексти на актуальні теми, такої суб'єктної якості як особистісна автономність. Показано, що якість автономності сприяє здатності читача опиратися деструктивному, агресивному, ворожому інформаційному впливу ЗМІ в умовах гібридної війни. Автор доводить, що автономність виявляється, підтримується і формується під впливом і у процесі діалогічного спілкування автора статті-психолога і клієнта-читача. Конструктивний діалог створює психологічні умови для правильного сприйняття читачем інформації, критичного ставлення до неї, формування власної точки зору стосовно прочитаного, своєї принципової позиції щодо вирішення тієї чи іншої життєвої ситуації або проблеми. Автономність як важлива риса діалогічності вивчалась за допомогою тесту Г.С. Пригіна «Автономність-Залежність» і анкети, розробленою автором даної статті. У дослідженні брали участь українські громадяни і редактори (чи їх заступники) вітчизняних друкованих, текстових ЗМІ. Зокрема встановлено, що серед редакторів більше число автономних особистостей, ніж серед населення-читачів, що дає змогу говорити про те, що автономність є важливою якістю професіонала-редактора ДЗМІ, а значить у певній мірі може сприяти розвитку автономності психолога, який подає свою статтю до редакції, і читача, який спілкується з фахівцем через текст. Ця думка підтверджується даними про те, що автономні редактори орієнтують авторів статей на діалог з потенційним читачем, а неавтономні – більш зосереджені на чітких вказівках і рекомендаціях, які представляє у своєму матеріалі психолог.

У даній статті акцентується увага на ланцюжку: «Редактор–Психолог-автор–Клієнт-читач» для встановлення діалогу між автором і отримувачем допомоги, укріплюючи здатність останнього до критичного ознайомлення з текстами як психологічної тематики,

так і з будь-якими іншими матеріалами у різних ЗМІ, до опірності деструктивним маніпулятивним впливам. Наголошується на важливості розвитку у громадян сучасної України здатності до конструктивного, дієвого, гуманістичного діалогу між людьми.

Ключові слова: автономність, залежність, суб'єктна регуляція, друковані ЗМІ, медіа-текст, діалогічний текст, деструктивний вплив, діалогічне спілкування, діалогічне мислення, психолог-автор, клієнт-читач, редактор вида

УДК 364.62-47-058.6(072)

Мищук С. С.

ПРОЦЕСУАЛЬНІ АСПЕКТИ ФЕНОМЕНУ ДИТЯЧИХ ПСИХОТРАВМ

Мищук С. С. Процесуальні аспекти феномену дитячих психотравм. У статті здійснено аналіз основних підходів до розуміння феномену психотравми. Викладено міркування щодо процесуального характеру дитячих психотравм та визначено основні етапи цього процесу. Сформульовано визначення понять “психотравма”, з огляду на її процесуальну природу та “долаюча інтенція”.

Ключові слова: психотравма, процесуальний характер психотравми, чинники психотравми, наслідки психотравми, негативні переживання, долаюча інтенція, подолання психотравми, посттравматичне зростання.

Мищук С. С. Процессуальные аспекты феномена детских психотравм. В статье осуществлен анализ основных подходов к пониманию феномена психотравмы. Изложены соображения относительно процессуального характера детских психотравм и определены основные этапы этого процесса. Сформулировано определение понятий "психотравма", учитывая её процессуальную природу и "преодолевающая интенция".

Ключевые слова: психотравма, процессуальный характер психотравмы, факторы психотравмы, последствия психотравмы,

негативные переживания, преодолевающая интенция, преодоление психотравмы, посттравматический рост.

Постановка проблеми. На сьогоднішній день, у галузі психологічної науки існує чимало досліджень, які стосуються феномену дитячої психотравми [9; 10; 14; 15]. Зарубіжні та вітчизняні вчені доволі чітко вирізняють чинники, які можуть впливати на виникнення психологічної травми у дітей, особливості когнітивних, поведінкових, емоційних проявів, які супроводжують її перебіг, а також специфіку соматичних захворювань, м'язових затисків та різноманітних дисфункцій тіла, у зв'язку з дією надмірних стресових чинників. Розкрито, також, аспекти посттравматичного зростання. Разом з тим низка питань, що стосуються дитячої психотравми, і досі залишаються мало вивченими.

Зокрема, серед наукової спільноти немає чіткої узгодженості у визначення поняття “психотравма”, оскільки дослідники описують його частково, випускаючи із поля зору елементи, які є важливими для цілісного розуміння психотравми. Так, переважна кількість дослідників розглядають психотравму через призму переживань, які виникають під впливом сильних стресових подій, інші ж, тримають у полі зору лиш особисті детермінанти стрес-чинників, ще частина, надають феномену психотравми значень чинника тощо. Одначе, на наш погляд, поняття психотравми важливо дослідити і визначити більш цілісно, беручи до уваги усі складові, що пов'язані з феноменом: виникнення, особливості перебігу, розвиток дисфункцій чи процесів подолання. Саме такий підхід дасть змогу осмислити процесуальний характер психотравми: змістовну сутність та часову протяжність, що надзвичайно важливо для сучасних запитів в теорії та практиці.

Актуальність дослідження феномену психотравми зумовлена не лише прогалинами у його теоретичному осмисленні. Слід сказати, що сучасна соціальна ситуація у вітчизняному суспільстві наразі є доволі гострою та травмівною. Масові заворушення в Україні, гострі військові конфлікти, соціально-економічна нестабільність, різке зубожіння людей, тиск медійного простору [4; 5; 6; 7] – ось далеко не усі стресові чинники, які нині позначаються на психоемоційному стані дітей. Крім того, значна кількість населення потерпає від ПТСР-симптоматики, що є особливим і

значним стресовим чинником для дітей, оскільки найближче оточення втратило стан рівноваги, що негативно позначається на задоволенні їхньої потреби у базовій безпеці.

Негативні тенденції у сучасному Українському суспільстві посилюються ще й загальними світовими тенденціями, які є доволі стресовими, і призводять до психологічного травмування. Зокрема, політичні, соціальні, економічні та екологічні кризи невпинно поширюються у світі, збільшуючи тенденцію масового напруження. Тенденція відокремленості людей, перенесення процесу взаємин у віртуальний світ, зменшення простору та часу для можливостей та потреб живої взаємодії людей з необхідністю тілесної присутності стають додатковими факторами, що негативно позначаються на психоемоційному благополуччі людських спільнот. Ці ж процеси, на жаль, проглядаються нині і у вітчизняному суспільстві, що є неекологічним і стосовно душевних запитів людини, і стосовно специфіки традиційної культури Українців, яка завше була гуртовою.

Таким чином, вочевидь, у сучасному суспільстві домінують стресові процеси, разом з тим феномен психотравми потребує детального і цілісного вивчення. З огляду на це, **метою** нашої статті є означити процесуальні аспекти дитячих психотравм та уточнити визначення цього поняття, розглянути складові та особливості, що виникають при розгортанні психотравми.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. На сьогоднішній день немає чіткої узгодженості у визначенні поняття *психотравма*. Автори розглядають поняття під різними кутами, в залежності від спрямованості дослідження та від того який елемент феномену психотравми вивчається: як подію (Е. М. Черепанова), патогенний вплив (Д. Єнікєєва), зовнішній подразник (І. І. Мамайчук), переживання безпорадності (Ет. Пінус), пригнічуюче переживання (Вандер-Колк), нестерпні руйнівні переживання (Д. Калшед); психологічний стрес (А. А. Осипова); критичний стан (С. Л. Соловйова); травму минулим (Л. А. Китаєв-Смик) тощо.

Отож, якщо детальніше, – деякі автори [1; 2; 12; 14] визначають психотравму через *психотравмівну (стресову) подію* і розглядають її як симптомокомплекс, що виникає під впливом сильних, раптових подразників, з якими людина не змогла впоратись. До таких надмірних стресогенних подій, як правило,

відносять стихійні лиха, масові заворушення та війни, вимушене переселення, втрату близьких родичів тощо. Особливістю даних досліджень є те, що як виникнення, так і подолання психотравми пов'язують зі стрес-чинниками [3; 11]. Тому, основний акцент цими авторами, робиться на усунення надмірних стресових впливів. Зокрема, Е. Крепелін описує психотравму як «невроз переляку» або «травматичний невроз» - тривалий стан, що виникає у постраждалих через глибоко вражаючі дії (пожежі, землетруси, війни) або поранення і проявляється у пригніченості, плаксивості, головних болях, запамороченні, роздратованості [3]. О. Феніхель вважав, що будь-який сильний, несподіваний і особливо дуже сильний потік подразників здатен викликати психічну травму в будь-якого індивіда. Вирішальним же у розвитку психотравми, на думку автора, є те, чи можлива моторна реакція людини у момент дії чинника травмування. Якщо людина не мала змоги “розрядити” внутрішнє збудження при загрозливій ситуації, то саме це спричиняє патологічні форми поведінки надалі [11]. На думку Е. С. Мазур психологічну травму можна визначити як реакцію особистості на стресові життєві події. К. Ясперс вважав, що патологічні реакції психіки у відповідь на психічне травмування характеризуються єдністю причини і клінічної динаміки хвороби. На думку автора, це означає, що чинник травмування і психологічна реакція на нього об'єднані психологічно зрозумілим зв'язком. Усунення ж чинника травмування призведе до зникнення симптомів травмування і одужання хворого [14]. В подальшому, Е. Кречмер, розвиваючи ідеї К. Ясперса, зауважував, що психогенне захворювання виникає у відповідь не на будь-який травмівний чинник, а лише на той, який зачіпає особливо важливі сторони стосунків особистості. Таким чином, автори у свої пошуках, зрештою приходять до висновку що розгляд психотравми через призму стресових чинників не вичерпує розуміння процесів, які відбуваються з особистістю і не розкриває механізми утворення постратматичної симптоматики [9].

Більшість психологічних підходів до вивчення психотравми акцентують свою увагу на переживаннях, що виникають в процесі психотравми. Як правило, автори говорять про сильні негативні переживання, які людина не здатна була прийняти, прожити та опрацювати у момент травмівної події: страх, тривога,

безпорадність, агресія, розпач тощо. Саме тому вони блокуються або витискаються із свідомості і стають причиною психосоматичних розладів, деструктивної життєвої організації та формування психотравми, неврозу, межового стану та психозу [11; 12; 13]. Так, на думку З. Фрейда, те, чи сформується психотравма у людини, залежить суто від сприйняття нею події, яка може і не нести яскраво травмівного характеру, але викликати болісні душевні переживання, почуття жаху, страху, сорому тощо [12]. О. Ранк ввів поняття «травми народження» - несвідомі переживання людини пов'язані з появою на світ. Згідно з його уявленнями, травма, отримана при народженні, є причиною виникнення неврозів, а переживання страху народження – прообразом переживань всіх інших ситуацій небезпеки [9]. За визначенням А.С. Співаковської, психотравми визначаються як зовнішні подразники, що діють на індивіда болісно та патогенно, викликаючи переживання та страждання [9]. О.І. Захаров розкриває це поняття дещо ширше, трактуючи психічну травму як афективне відображення індивідуально значущих подій життя, що спричиняють гнітючу та негативну дію на індивіда в цілому [9]. Д. Єнікєєва під психічною травмою розуміє інтенсивний, але відносно короткочасний негативний вплив, котрий може викликати емоційні переживання, горе, сум, тривогу, жах, а також інші психічні порушення і розлади діяльності внутрішніх органів [9]. Психотравма у визначенні П.К. Анохіна – це перш за все психічне переживання, в центрі якого знаходяться певні емоційні стани [9]. За Н.І. Пов'якель психотравма – залишкове явище афективних переживань особистості, викликаних зовнішніми подразниками, які породжують психічний дискомфорт і чинять патогенний вплив на особистість. У метафоричному плані психотравма – це будь-який струс психіки, який накладає міцний вплив на функціонування особистості [10].

Центральне місце емоцій в структурі психотравмуючого переживання закономірно, воно обумовлене як важливим місцем емоцій в організації і інтеграції психічних процесів, так і їх роллю у взаємозв'язку психічних і соматичних систем особистості. Узагальнюючим в такому випадку буде визначення І. А. Погодіна: «Психічна травма – будь-яка особисто значуща ситуація (явище), що має характер патогенного емоційного впливу на психіку людини, психологічно важко стерпна і здатна, при недостатності захисних

психологічних механізмів, призвести до психічних розладів» [8]. Отже, важливим ланцюгом розвитку психотравми є не лише значущість та сила стресового чинника, нестерпні емоційні реакції, а й захисні механізми, які втрачають свою ефективність у цих обставинах.

Продовжуючи цю думку, Дональд Калшед, стверджує, що психіка трансформує зовнішню травму в внутрішню «психотравмуючу силу». В подальшому відбувається «самотравмування» при якому захисні механізми психіки не справляються з дією травмуючого фактору і відбувається регрес захисних механізмів до більш примітивних, ригідних реакцій і таким чином загальний рівень організації психіки регресує також. Поняття «травми» Д. Калшед використовує для позначення будь-якого переживання, що викликає нестерпні душевні страждання, а поняття «нестерпні» застосовується у випадках коли звичайних механізмів психічного захисту окремої особистості виявляється недостатньо. Важливим наслідком цієї ідеї є те, що рівень непереносимості травмуючого фактору є глибоко індивідуальним [1].

В. Н. Мясищев, вивчаючи психогенії, доводить, що психічна травма не грає основної ролі в виникненні захворювання, а головне значення має відношення особистості до психотравмуючої події як патогенної, і особливостей функціонування механізмів психологічного захисту, що дозволяють такі відношення змінювати. Ситуація стає патогенною тоді, коли вона не може бути раціонально перетворена, подолана, чи неможлива відмова від нездійснених потягів. “Досить поглянути на будь-яке глибоке переживання людини, щоб переконатися в тому, що в основі переживань взаємовідносин людини з різними сторонами оточуючого, що хворобливі переживання є лише наслідком порушених взаємин. Втрата місця, наклеп, зрада чоловіка, смерть дитини, невдача в досягненні мети, уражене самолюбство і т.п. є джерелом хворобливого переживання лише в тому випадку, якщо вони займають центральне або принаймні значуще місце в системі ставлень особистості до дійсності. Їх значущість є умовою афективної напруги і афективної реакції” [9].

Слід, також, звернути увагу на те, що автори, у зв'язку з психотравмою, описують так звану *вивчену безпорадність* (англ.

learned helplessness), також *придбана, набута, або завчена безпорадність* — стан людини або тварини, в якому індивід не робить спроб до поліпшення свого стану (не намагається уникнути негативних стимулів або отримати позитивні), хоча має таку можливість. З'являється як правило, після декількох невдалих спроб впливати на негативні обставини середовища (або уникнути їх) і характеризується пасивністю, відмовою від дії, небажанням змінювати вороже середовище або уникати його, навіть коли з'являється така можливість. У людей, згідно з рядом досліджень, супроводжується втратою почуття свободи і контролю, невірою у можливість змін і у власні сили, пригніченістю, депресією і навіть прискоренням настання смерті [15].

Отже, на сьогодні визначення психотравми є цілком об'ємними та вагомими, але все ж не є вичерпними стосовно усіх процесів, що виникають у зв'язку із цим феноменом. Зокрема, поза увагою залишаються процеси перепрацювання переживань, які виникають через дію надмірних стресових чинників (вдалого, чи невдалого), постравматичного зростання та формування стресостійкості. На наш погляд, з загального ланцюгу розуміння феномену психотравми вилучена ланка рушійних сил її опанування та інтеграції позитивного досвіду через пропрацювання стресових обставин. Існуючі визначення поняття психотравми не враховують процесуальний характер її виникнення, перебігу та подолання. Іншими словами, психотравма не може бути локальним явищем і включає низку внутрішніх перетворень особистості, що виникають під впливом травмівних обставин - стихійних чи особливо значущих для самої людини.

Виклад основного матеріалу дослідження. Таким чином, наразі, ланцюг цілісного бачення феномену психотравми є розірваним вже на понятійному рівні, важливий елемент, який би пояснював причини запуску механізмів подолання наслідків травмівних обставин та постравматичного зростання залишається поза усвідомленням. У зв'язку з цим, на наш погляд, феномен психотравми слід розглянути процесуально та вирізнити наступні елементи, які є і своєрідними етапами проживання психотравмівних обставин.

Етапи перебігу психотравми (психотравматичного процесу)

Вплив психотравматичних чинників різної сили та змісту (стихійні лиха, масові заворушення, події особистісного значення тощо)	
Виникнення негативних почуттів та переживань, у зв'язку із впливом психотравматичних чинників	
Актуалізація долаючої інтенції	Блокування долаючої інтенції
Ефективна дія захисних механізмів психіки;	Неефективна дія захисних механізмів психіки;
Інтеграція переживань у процес подальшого подолання психотравми та життєвий досвід	Витіснення, блокування, заперечення
Редукція симптомів психотравми	Розвиток симптомів психотравми
Посттравматичне зростання, стресостійкість, збагачення життєвого досвіду	Розвиток ПТСР, розвиток стану “навченої безпорадності”, деструктивна життєва організація, розвиток м'язових затисків, психосоматичних захворювань тощо
Інтеграція досвіду у соціальні виміри, гуртування особистості з іншими людьми, соціальне зростання	Втрата зв'язків, ізоляція, відокремленість особистості, соціальна дезадаптація

Отже, як бачимо з таблиці 1, виникнення, розгортання, наслідки, вирішення психотравми проходить поетапно та займає певний часовий проміжок. З огляду на це, поняття *психотравма* варто розглянути більш цілісно і включити до визначення не лише етапи впливу надмірних стресових чинників та виникнення у відповідь негативних переживань, а й етап активації/блокування долаючих сил, дії захисних механізмів тощо. Крім того, варто звернути увагу на те, що дослідники феномену психотравми не розглядали такий важливий етап у її розгортанні, як активація чи блокування долаючої інтенції, сутність якої ми розглянемо далі.

Узагальнюючи процесуальне бачення **психотравми**, доречно її визначити як поетапний, розтягнутий у часі процес переживання неприродного порушення усталеної життєвої організації, психічних процесів, психоемоційного та психосоматичного балансу людини, який виникає через раптовий вплив особистісно значимого, стресогенного чинника та призводить до розвитку якісно нових елементів світогляду, ефективних способів включення у життєві процеси або ж спричиняє фіксацію на травмівних подіях чи прогресує, повторюючи етапніть (ретравматизація). Представимо схематично розвиток – вирішення процесу психотравми на рисунку 1.

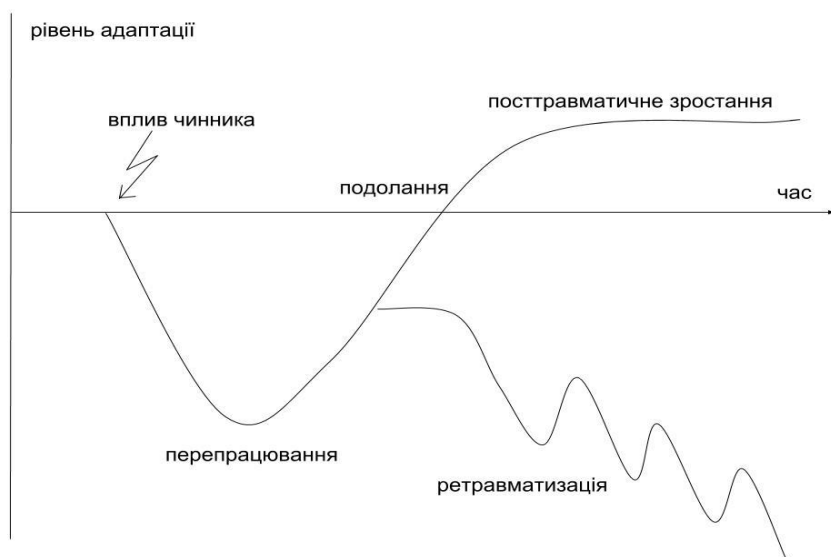


Рис.1. - Схема розвитку процесу переживання психотравми

Отже, як бачимо з рисунку, враховуючи усі елементи процесу переживання психотравми ми спостерігаємо її багатовимірну природу: вона виникає у наслідок дії надмірних стресових чинників, проявляється насамперед на психосенсорному (психо-емоційному) рівні у вигляді гострих, афективно заряджених негативних переживань, впливає на порушення адаптаційних механізмів, спричиняє поведінкові, когнітивні, соматичні симптоми, може набувати адаптаційного або патологічного характеру.

Зазначимо, що у таблиці 1 наслідки психотравм наведені у найбільш виражених проявах, однак, ми мали нагоду спостерігати в практичній діяльності, що наслідки можуть бути виражені різноманітно, в залежності від глибини пошкодження та здатності до відновлення в кожному окремому випадку. Для полегшення розуміння ми класифікували різні види наслідків психотравми в таблиці 2.

Таблиця 2

Наслідки психотравм (психотравматичних процесів)

Гостра психотична реакція, втрата можливостей до самозабезпечення
ПТСР, поступова втрата адаптивних можливостей, виснаження та руйнація соціальних зв'язків
Стабілізація з певним рівнем втрати адаптаційних ресурсів та якості життя
Подолання психотравми та відновлення до вихідного рівня якості життя
Посттравматичне зростання

З таблиці 2 видно, що наслідки розвитку процесу психотравм може мати суттєві градації. Вирішальну роль у цьому процесі ми відводимо феномену активації чи блокуванню долаючої сили – *долаючої інтенції*. **Долаюча інтенція** – одна із еволюційно-орієнтованих життєвих сил (наряду з імунітетом, апетитом, агресією, лібідом, терпінням тощо), що пов'язана із переживаннями та спрямована на досягнення життєвої мети і сприяє подоланню перешкод, що виникають у цьому процесі. Тобто, вона сприяє розвитку, вирішенню викликів долі, подоланню протиріч, проживанню неспроможності та накопиченню життєвого досвіду. Чим більше людина знаходиться у контакті зі своїми почуттями, чим більше розкрита її автентичність та самотутність, тим більше ця сила має ознаки потужності та гнучкості.

Психотравматичні події можуть блокувати доступ до частини переживань і, відповідно, до вільного протікання сили долаючої інтенції. Дитина починає уникати життєвих викликів, перешкод, напружень, які потребують вирішення та сприяють розвитку. Тим самим, дитина закриває для себе можливість самореалізації та розкриття себе у соціальних групах.

Таким чином, психотравма є процесуальним феноменом, який доречно розглядати цілісно, враховуючи усі її етапи, які виникають у наслідок впливу стресогенного чинника. Важливим є вивчення ключового феномену у процесі переживання психотравми – це активація долаючої інтенції.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Отже, не існує чіткої узгодженості у розумінні поняття *психотравма*. Воно досліджувалось доволі локально без врахування процесуальної природи феномену. Процес психотравми має певну послідовність етапів: починаючи від впливу чинника (процес травмування) і далі, перепрацювання (процес відновлення психічної сфери, що включає в себе активацію (блокування) долаючої інтенції), до подолання (чи застрягання), адаптації (деадаптації) та посттравматичного зростання тощо. У визначенні поняття важливо враховувати усі складові процесу переживання психотравми. Ключовим моментом у процесі протікання психотравми є активація чи блокування долаючої інтенції.

Список використаних джерел

1. Калшед Д. Внутренний мир травмы / Дональд Калшед//Пер. с англ. - М.: Академический проект, 2007.–368 с.;
2. Китаев – Смык Л.А. Психологическая антропология стресса/ Л.А. Китаев-Смык. - М.: Академический Проект, 2009.– 944 с.;
3. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику / Э. Крепелин//Пер. с нем. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. – 496 с.;
4. Міщук С.С. Психотерапевтичні механізми тілесно-динамічних вправ у роботі з дітьми, що постраждали від військових подій/ Сергій Міщук//Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції[Київ, 02-03 березня 2018 року]/ – К.: КНУ ім.. Тараса Шевченка. 2018. – с. 102-104;
5. Міщук С.С. Тілесна терапія як засіб опрацювання дитячих психотравм/Сергій Міщук// Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки: методичний посібник / З.Г.Кісарчук, Я.М. Омельченко, І.М. Біла ... Г.П. Лазос; за ред. З.Г. Кісарчук. – К., 2016. – с.33-59;
6. Міщук С.С. Цілісний підхід до опрацювання психотравм дітей засобами тілесно-ігрових вправ/ Сергій Міщук// Психологічна допомога особистості в кризових соціокультурних умовах: тези

- Міжнародної науково-практичної конференції[Київ, 29-30 жовтня 2015 року]/ за наук. редакцією С.Д. Максименка, З.Г. Кісарчук. – К.: Логос. – с.21-23;
7. Омельченко Я.М. Особливості психологічної допомоги дітям з тимчасово переселених родин/ Яніна Омельченко//Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник/ З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос та ін.; за ред. З.Г. Кісарчук. – К.: ТОВ «Видавництво «Логос»., 2015. – с. 46-61;
 8. Погодин И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты: учебное пособие/ И.А. Погодин. -М.: Флинта, 2016. –336 с.;
 9. Психотерапевтическая энциклопедия / Под. ред. Б. Д. Карвасарского. — Изд. 2-е, доп. и перераб.. — СПб.: Питер, 2000 – 1024 с.;
 - 10.Семенова Ю.С. Психотравма (психологічна травма): дискусійні питання медицини та психології / Ю.С.Семенова // Український науково-медичний молодіжний журнал -Спеціальний випуск № 3, Актуальні проблеми сучасної медичної психології: Матеріали V науково-практичної конференції, м. Київ, 11-12 травня 2011 р.: Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, 2011. с. 50-54;
 - 11.Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов / О. Фенихель// Пер. с англ. А. Б. Хавина. - М.: Академический проект, 2004. – 848 с.;
 - 12.Фрейд З. Исследования истерии / Зигмунд Фрейд//Пер. с нем. С. Панкова; научная редакция М. Решетникова и В. Мазина. Собр. соч.: В 26 т. Т. 1. - СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2005. – 464 с.;
 - 13.Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия /З. Фрейд. – М.: Фолио, 2010. – 288 с.;
 - 14.Ясперс К. Общая психопатология /Карл Ясперс// Пер. с нем. - М.: Практика, 1997. – 1056 с.;
 - 15.De Young A.C., Kenardy J.A. and Cobham V.E. Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder in Preschool Children/A.C. De Young, J.A. Kenardy and V.E. Cobham//Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, - 2011. 40(3): p. 375-384.

References transliterated

1. Kalshed D. Vnutrenniy mir travmy / Donald Kalshed//Per. s angl.- М.: Akademicheskiiy projekt, 2007. – 368 s.;
2. Kitaev – Smyik L.A. Psihologicheskaya antropologiya stressa/ L.A. Kitaev-Smyik. - М.: Akademicheskiiy Proekt, 2009. – 944 s.;
3. Krepelin E. Vvedenie v psichiatricheskuyu kliniku / E. Krepelin//Per. s nem. - М.: BINOM. Laboratoriya znaniy, 2015. – 496 s.;

4. Mischuk S.S. Psihoterapevtichni mehanizmi tilesno-dinamichnih vprav u roboti z ditmi, schopozrazhdali vid viyskovih podiy/ Sergiy Mischuk// Viyskova psihologiya u vimirahviyni i miru: problemi, dosvid, perspektivi: materiali III Mizhnarodnoyi naukovo-praktichnoyi konferentsiyi [Kiyiv, 02-03 bereznaya 2018 roku]/ – K.: KNU im.. Tarasa Shevchenka. 2018. – s. 102-104;
5. Mischuk S.S. Tilesna terapiya yak zasib opratsyuvannya dityachih psihotravm/ Sergiy Mischuk// Psihologichna dopomoga dityam u krizovih situatsiyah: metodi i tehnik: metodichniy posibnik / Z.G. Kisarchuk, Ya.M. Omelchenko, I.M. Bila ... G.P. Lazos ; za red. Z.G. Kisarchuk. – K., 2016. – s.33-59;
6. Mischuk S.S. Tsilisniy pidhid do opratsyuvannya psihotravm ditye zasobami tilesno-igrovih vprav/ SergiyMischuk// Psihologichna dopomoga osobistosti v krizovih sotsiokulturnih umovah: tezi Mizhnarodnoyi naukovo-praktichnoyi konferentsiyi [Kiyiv, 29-30 zhovtnya 2015 roku]/ za nauk. redaktsiyu S.D. Maksimenka, Z.G. Kisarchuk. – K.: Logos. – s. 21-23;
7. Omelchenko Ya.M. Osoblivosti psihologichnoyi dopomogi dityam z timchasovo pereselenih rodin/ Yanina Omelchenko// Psihologichna dopomoga postrazhdalim vnaslidok krizovih travmatichnih podiy: metodichniy posibnik/ Z.G. Kisarchuk, Ya.M. Omelchenko, G.P. Lazos ta in..; za red. Z.G. Kisarchuk. – K.: TOV «Vidavnitstvo «Logos»., 2015. – s. 46-61;
8. Pogodin I.A. Suitsidalnoe povedenie: psihologicheskie aspekty: uchebnoe posobie/ I.A. Pogodin. -M.: Flinta, 2016. – 336 s.;
9. Psihoterapevticheskaya entsiklopediya / Pod. red. B. D. Karvasarskogo. — izd. 2-e, dop. i pererab.. — SPb.: Piter, 2000 – 1024 s.;
10. Semenova Yu.S. Psihotravma (psihologichna travma): diskusiyi pitannya meditsini ta psihologiyi / Yu.S. Semenova // Ukrayinskiy naukovo-medichniy molodizhniy zhurnal – Spetsialniy vipusk # 3, Aktualni problemi suchasnoyi medichnoyi psihologiyi: Materiali V naukovo-praktichnoyi konferentsiyi, m. Kiyiv, 11-12 travnya 2011 r.: Natsyonalniy medichniy universitet imeni O.O. Bogomoltsya, 2011. s. 50-54;
11. Feniheľ O. Psihoanaliticheskaya teoriya nevrozov / O. Feniheľ// Per. s angl. A. B. Havina. - M.: Akademicheskij proekt, 2004. – 848 s.;
12. Freyd Z. Issledovaniya isterii / Zigmund Freyd//Per. s nem. S. Pankova; nauchnaya redaktsiya M. Reshetnikova i V. Mazina. Sobr. soch.: V 26 t. T. 1. - SPb.: Vostochno-Evropeyskiy Institut Psihoanaliza, 2005. – 464 s.;
13. Freyd Z. Po tu storonu printsipa udovolstviya /Z. Freyd. – M.: Folio, 2010. – 288 s.;

14. Yaspers K. Obschaya psihopatologiya /KarlYaspers// Per. s nem. - M.: Praktika, 1997. – 1056 s.;
15. De Young A.C., Kenardy J.A. and Cobham V.E. Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder in Preschool Children/A.C. De Young, J.A. Kenardy and V.E. Cobham// Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, - 2011. 40(3): p. 375-384.

Mischuk S.S. Process-related aspects of the phenomenon of child psychotrauma. The article presents the analysis of main approaches to understanding the phenomenon of child psychotrauma. The authors outline perspectives on the process-related nature of child psychotrauma and describe the main stages of the process. The definitions of psychotrauma, considering its process-related nature, and of overcoming intention are suggested.

Keywords: psychotrauma, process-related nature of psychotrauma, factors of psychotrauma, consequences of psychotrauma, negative feelings, overcoming intention, coping with psychotrauma, post-traumatic growth.

Відомості про автора

Міщук Сергій Сергійович, науковий кореспондент лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України; директор представництва Міжрегіонального інституту Гештальт-терапії та Мистецтва, м. Вінниця, Україна.

Mischuk Serhiy, scientific correspondent of laboratory of consultative psychology and psychotherapy of G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the NAPS; director of representative office of the Interregional institute of Gestalt therapy and Arts, Vinnytsya, Ukraine
vjtvskj@gmail.com

РЕФЕРАТ

Міщук С. С.

Процесуальні аспекти феномену дитячих психотравм

На сьогоднішній день серед наукової спільноти немає чіткої узгодженості у визначення поняття “психотравма”, оскільки

дослідники описують його частково, випускаючи із поля зору елементи, які є важливими для цілісного розуміння психотравми. Автори розглядають поняття під різними кутами, в залежності від спрямованості дослідження та від того який елемент феномену психотравми вивчається: як подію, патогенний вплив, зовнішній подразник, переживання безпорадності, пригнічуюче переживання, нестерпні руйнівні переживання; психологічний стрес; критичний стан; травму минулим тощо. Таким чином, наразі, ланцюг цілісного бачення феномену психотравми є розірваним вже на понятійному рівні, важливий елемент, який би пояснював причини запуску механізмів подолання наслідків травмівних обставин та посттравматичного зростання залишається поза усвідомленням. Крім того, у дослідженні психотравми мало враховано її процесуальний характер.

У статті представлено визначення поняття з урахуванням усіх елементів процесу її переживання. Виокремлено основні етапи перебігу процесу психотравми та варіанти її вирішення. Описано феномен *долаючої інтенції*, як різновид життєвої сили, яка спрямована на досягнення певної мети і сприяє подоланню перешкод, що виникають у цьому процесі і є ключовою у процесі перебігу психотравми та її вирішенні.

Ключові слова: психотравма, процесуальний характер психотравми, чинники психотравми, наслідки психотравми, негативні переживання, долаюча інтенція, подолання психотравми, посттравматичне зростання.

УДК 159.98(08)

Громова А.М.

ОПЫТ НАСИЛИЯ В ДЕТСТВЕ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ВЗРОСЛОЙ ЛИЧНОСТИ

Громова А. М. Опыт насилия в детстве и его влияние на здоровье взрослой личности. В статье говорится о непосредственной связи между пережитым опытом насилия в детстве и психическим и физическим здоровьем взрослого человека. Исследуется распространенность опыта насилия в детском возрасте

у жителей Украины и связь между наличием неблагополучных событий детства и состоянием здоровья респондентов во взрослом возрасте.

Ключевые слова: негативные события детства, опросник неблагоприятных событий детства, опыт насилия в детстве, здоровье, токсичный стресс, хронический стресс.

Громова Г. М. Досвід насильства в дитинстві та його вплив на здоров'я дорослої людини. У статті йде мова про безпосередній зв'язок між пережитим досвідом насильства у дитинстві і психічним та фізичним здоров'ям дорослої людини. В роботі вивчається поширеність досвіду насильства у дитячому віці у жителів України та зв'язок між наявністю несприятливих подій дитинства і станом здоров'я респондентів у дорослому віці.

Ключові слова: негативні події дитинства, опитувальник несприятливих подій дитинства, досвід насильства у дитинстві, здоров'я, токсичний стрес, хронічний стрес

Постановка проблемы. Распространенность насилия была определена Всемирной ассамблеей здравоохранения в резолюции 1996 г. ведущей проблемой здравоохранения [6]. Жестокое обращение с детьми и предотвращение насилия – это общемировая проблема, актуальная не только для развивающихся стран, но и для благополучных регионов. В среднем женщины больше подвержены риску сексуального насилия, чем мужчины как в развитых, так и в развивающихся странах. В странах с низким уровнем жизни женщины подвержены риску убийства, сексуального насилия и пренебрежения, в то время, как у мужчин более высока вероятность получения тяжелых физических травм [15].

В течение XX века во многих исследованиях и публикациях рассматривалась тема насилия в семье и влияния негативного детского опыта на формирование личности, а также адаптивных способностей человека во взрослой жизни. В настоящее время доказана связь между пережитым в детстве неблагополучным опытом и негативными последствиями единичного или повторяющегося травматического опыта для физического и психического здоровья, а также социальной адаптации и развития человека [14].

Исследование, проведенное GfK Ukraine по заказу «Программы равных возможностей и прав женщин в Украине» – общего проекта ЕС и Программы развития ООН в Украине в 2009-2010 гг., показало, что 44% жителей Украины подвергались насилию в семье на протяжении жизни и 30% – сталкивались с насилием в детском возрасте [7].

Информация ВОЗ о насилии основывается на специальных исследованиях различных групп населения в странах по всему миру. Например, по данным национальных обследований, «доля женщин, которые сообщили, что когда-либо были объектом физического насилия со стороны партнера, колеблется от 10% в Парагвае и на Филиппинах до 22,1% в США, 29,0% в Канаде и 34,4% в Египте» [6, с. 39]. В то же время, есть проблема отсутствия полной информации, так как не все случаи насилия регистрируются. Например, исследование семей в ЮАР показало, что от 50 до 80% жертв насилия, получивших медицинскую помощь, не сообщили в полицию о факте насилия. Согласно другому исследованию, проведенному в США, не уведомили о случившемся полицию 46% жертв, обратившихся за помощью в отделения скорой медицинской помощи [6, с.36]. Именно поэтому важно проводить опросы и исследования среди населения для получения актуальной и более объективной информации о масштабах проблемы.

Анализ исследований и публикаций. Доклад ВОЗ 2002 года «О насилии и его влиянии на здоровье» определяет термин «насилие» следующим образом: «Преднамеренное применение физической силы или власти, действительное или в виде угрозы, направленное против себя, против иного лица, группы лиц или общины, результатом которого являются (либо имеется высокая степень вероятности этого) телесные повреждения, смерть, психологическая травма, отклонения в развитии или различного рода ущерб» [6, с. 5].

Данное определение подчеркивает преднамеренность, а также включает в понятие насилия такое поведение, как угрозы и запугивания, отсутствие заботы, неоказание помощи или пренебрежение. Оно описывает и широкий круг последствий насилия: психологический вред, ущерб для здоровья и отклонения в развитии. Также отмечается, что последствия могут быть не только явными, но и скрытыми [6].

Первые научные исследования и идея о том, что травматический опыт детства имеет последствия во взрослом возрасте связан с изучением «истерии» в конце XIX начале XX вв. Ж. М. Шарко, И. Брейером, З. Фрейдом. Следующая волна интереса к теме последствий травмы была связана с помощью ветеранам после двух мировых войн. В 70е – начале 80х гг XX века исследователи начали проводить параллели между травматическим опытом военных и последствиями пережитого опыта насилия в детстве. В течение XX века развивалась концепция посттравматического стрессового синдрома, его проявлениях и влиянии на последующую жизнь и здоровье человека. Дж. Герман [2] говорит о «сложном посттравматическом стрессовом синдроме», симптоматика которого проявляется в аффективной сфере жизни, влияет на способность выстраивать отношения, на течение соматических заболеваний. Люди ходят по врачам, покупают лекарства от головной боли, бессонницы, депрессивных состояний, тревоги и не получают должного эффекта, так как причина их самочувствия никак не затронута и нигде не исчезает. Осознание связи между событиями прошлого и нынешними проблемами со здоровьем – первый шаг и необходимая предпосылка для позитивных изменений.

Проведенные за последние 40 лет исследования показывают четкую связь между тяжелым детским опытом и проблемами в школе, употреблением алкоголя и наркотиков, психическим здоровьем, вероятностью во взрослом возрасте повторно испытать насилие [18]. Установлена также связь между опытом насилия в детском возрасте и деструктивным поведением, влияющим на ухудшение здоровья [3]. Частыми последствиями физического насилия для детей являются отсутствие контроля над своей импульсивностью, сниженная способность к самовыражению, недоверие к людям, депрессии [9].

Есть данные, свидетельствующие, что у людей, переживавших психологическое насилие в детском или подростковом возрасте, значимо выше общий показатель склонности к переживанию чувства стыда. Выявлено наличие связи между опытом переживания психологического насилия и стресс-реактивностью в ответ на предъявление стимула, связанного с личным опытом переживания стыда [1]. У людей, переживших

травмирующий опыт в детстве и не проработавших его, выше риск развития вторичного стресса [5].

Нейробиология говорит о том, что травмирующий опыт на ранних этапах жизни также, как острый и хронический стресс, истощают компенсаторные возможности психики и являются причиной формирования «уязвимого фенотипа» — повышенной реактивности систем реагирования на стресс. Это означает увеличение вероятности появления психологических и поведенческих проблем во взрослом возрасте (депрессия, тревога, суицидальность) [8; 4].

Физиологический механизм, объясняющий влияние негативных событий детства на здоровье взрослого человека описывает концепция хронического (токсичного) стресса. Токсичный стресс, особенно переживаемый в раннем детстве в результате различного типа неблагоприятных событий, вызывает переизбыток вброса в организм гормонов стресса. Это, в свою очередь, физически влияет на формирующийся детский мозг, вынуждая его работать в режиме реакций «бей, беги, замри», постоянно воспринимая окружающий мир как источник опасности. Это влияет на способность к концентрации, мешает развитию здоровых отношений и приводит к тому, что люди ищут утешения в переедании, алкоголе, курении, промискуитете, опасных для жизни видах спорта и/или работе. Частая или хроническая активация систем мозга, отвечающих за реакцию на стресс, приводит к целому ряду негативных последствий как для психического (тревожные расстройства, депрессия, алкоголизм, наркозависимость), так и физического (сердечно-сосудистые заболевания, диабет, инсульт) здоровья [18].

Различные источники стресса в детстве, особенно связанные с неблагоприятными семейными обстоятельствами, такими, как развод родителей, наличие в семье алко- или наркозависимого, наличие у кого-то из членов семьи психического расстройства (депрессии, суицидальные попытки), распространено гораздо шире, чем непосредственно жестокое обращение, и влияет на становление, здоровье и самочувствие взрослого человека. В частности, выявлена связь между количеством баллов по опроснику Неблагоприятных Событий Детства и возрастающей вероятностью во взрослом возрасте встретиться с такими заболеваниями и

сложностями, как головные боли [10], аутоимунные заболевания [13], депрессивные состояния [11] и зависимости [12], подростковой беременностью и ранней смертью [17].

В нашем исследовании изучался уровень распространенности опыта насилия и других неблагоприятных событий в детском возрасте у жителей Украины и ближайших регионов, а также проверялась связь между их неблагоприятным детским опытом и состоянием здоровья во взрослом возрасте.

Изложение основного материала и результатов исследования. В качестве основной методики исследования использовался опросник «Неблагоприятных событий детства» (НСД), вариант которого был переведен и апробирован в России [3]. Также мы собрали информацию о поле, возрасте, месте проживания респондентов до 18 лет и просили их ответить на ряд вопросов о состоянии здоровья, с указанием наличия или отсутствия каких-либо симптомов или заболеваний.

Опросник «Неблагоприятных событий детства» (Adverse Childhood Experiences — ACE) был разработан В. Дж. Фелитти [14]. Он включает в себя три группы опыта: переживания насилия, переживания пренебрежения и неблагоприятные семейные обстоятельства.

Опросник состоит из 17 вопросов, тематически разделенных на 10 категорий. Насилие подразделяется на: эмоциональное, физическое, сексуальное. Семейные обстоятельства предполагают: опыт свидетельства насилия над матерью, наличие члена семьи с зависимостью от алкоголя или наркотиков, наличие психических заболеваний у членов семьи, развод родителей, пребывание кого-то из членов семьи в тюрьме. Опыт отвержения включает: эмоциональную холодность (отсутствие эмоциональной поддержки), физическое пренебрежение (за вами не ухаживали, вы оставались голодны, ходили в грязной одежде и т.п.).

Когда респондент положительно отвечает на один из вопросов той или иной категории, делается вывод о наличии у него данного вида неблагоприятного опыта. Можно рассматривать как общий балл НСД, так и баллы негативного детского опыта по каждой из 10 категорий. Масштабные исследования, проведенные в Америке в 1995-1997 гг. на выборке размером 17,5 тысяч человек показали, что с увеличением общего балла по опроснику НСД

увеличивается вероятность развития физических заболеваний, социально-неприемлемых форм поведения и эмоциональных проблем [14].

Выборка. Для получения данных вышеприведенный тест был опубликован на онлайн платформе для публикации тестов и опросов и через социальные сети распространен по интернету. Перед тем, как заполнить опросник НСД, респондентами проводилось самооценивание состояния своего здоровья через ответы на вопросы о наличии симптомов или хронических заболеваний.

Респонденты самостоятельно заполняли информацию о себе и отвечали на вопросы. Из собранных 494 ответов, после обработки и удаления некорректно заполненных данных, осталось 432 ответа. Средний возраст респондентов – 36 лет. Из общего числа участников 95,2% – женщины, 4,8% – мужчины. Люди, проживавшие до 18 лет на территории Украины – 56,7% (N=245), России – 34,3% (N=148), других стран – 9% (N=39).

Собранные ответы респондентов были обработаны с помощью программы SPSS 23.0. Использовался частотный анализ и коэффициент корреляции – критерий Пирсона.

Изложение основного материала и результатов исследования. Перейдем непосредственно к рассмотрению данных, полученных в результате исследования.

Таблица 1

Демографические данные

Демографическая информация	Процент, % (N=432)
По полу	
Женщины	95,2
Мужчины	4,8
По возрасту	
18-34	40,6
35-49	51,3
50-64	8,1

Так как не было целенаправленно отобранной выборки и в онлайн опросе участвовали желающие узнать свой балл по тесту, в выборке оказалась представлена в основном женская аудитория. Для получения более точной информации по мужскому населению

необходимо дополнительное исследование. Среди ответивших на вопросы жителей Украины состав выборки: женщины – 96,7% (N=237), мужчины – 3,3% (N=8).

Таблица 2

Общее распределение результатов по количеству набранных баллов по опроснику НСД

Количество баллов по опроснику Неблагоприятных событий детства	Женщины, % (N=412)	Мужчины, % (N=20)	Общая выборка, % (N=432)
0	6,3	5	6,3
1	12,4	10	12,3
2	14,8	15	14,8
3	16	15	16
4	18	20	18,1
5	15,8	25	16,2
≥6	16,7	10	16,3

Данные таблицы 2 говорят о значительной распространенности опыта насилия в детстве респондентов: 93,7% ответили хотя бы на один вопрос о насилии положительно. Большое число опрошенных (50,6%) набрали 4 и более баллов по опроснику НСД. Эта цифра является очень высоким результатом, так как проведенные ранее исследования [11; 17; 14; 19] выявили значительное увеличение риска негативных последствий травматического опыта детства для физического и психологического здоровья, если ответы респондентов равны либо превышают 4 балла.

Таблица 3

Результаты ответов по опроснику НСД в Украине, России и США

Количество баллов НСД, % от общего числа	0	1	2	3	4+
Страна					
Украина	7,6	13,9	3,4	14,7	49,5
Россия	15,4	22,5	8,2	16,5	17,5
США	36,1	26,0	5,9	9,5	12,5

В таблице 3 сравниваются данные, полученные в результате ответов жителей Украины, с результатами исследований в других странах, а именно, с США [14] и Россией [3], выявленных с помощью данного опросника. Как видно из таблицы 3 в Украине почти половина респондентов (49,5%) набрала ≥ 4 баллов по опроснику НСД. Неожиданно заметный разрыв в результатах обнаружился между жителями Украины и России. Согласно «экологической модели насилия» [16], такой результат может складываться на основании действия факторов четырех уровней: личностного (нейробиология и факты биографии), характера взаимоотношений (с партнером, членами семьи, сверстниками), особенностей общины (школа, место жительства), культурологических особенностей (принятые «нормы» насилия в обществе и культуре, трансгенерационные травмы). Однако, для выяснения действительных причин такой разницы в ответах требуется дополнительное исследование влияния индивидуальных и контекстуальных факторов на уровень насилия в Украине и ближайших странах.

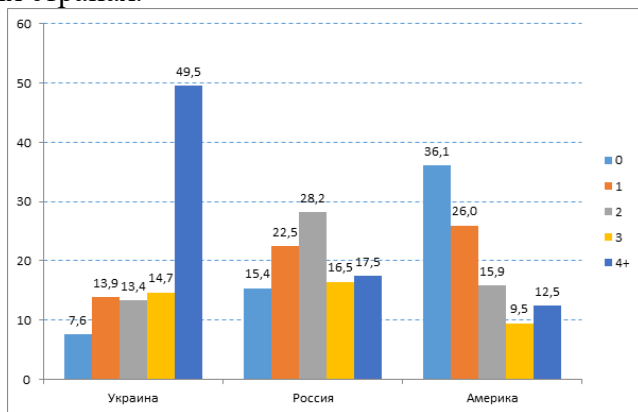


Рис. 1 - Распределение ответов по баллам в разных странах (Украина, Россия, США)

Для наглядности на рис. 1 представлена таблица 3 в виде диаграммы, на которой видна разница в амплитудах распределения ответов по баллам в разных странах. Самый большой разрыв в удельном весе между ответами 0 и ≥ 4 в Украине (7,6 и 49,5 соответственно), самый незначительный – в России. В данных по опросу в США – противоположная Украине тенденция, больше

половины ответов составляют 0 и 1 балл, с постепенным снижением количества респондентов, набравших высокий балл по опроснику НСД. А как известно из других исследований, количество баллов свыше 4 по данному тесту свидетельствует о значительно более высоком риске заболеваний и вероятности саморазрушительного поведения.

Так, согласно исследованиям, эмоциональное насилие коррелирует с трехкратным увеличением вероятности употребления наркотиков и алкоголя и с двенадцатикратным увеличением вероятности попыток самоубийства. Физическое насилие повышает вероятность употребления наркотиков в четыре раза и вероятность попыток суицида — в три раза [3].

В таблице 4 представлены данные по каждой категории насилия. В первых двух столбцах взяты данные по общей выборке (N=432). В столбцах «Украина» и «Россия» представлены результаты по жителям Украины (N=245) и по жителям России (N=148). Уточним, что, говоря «житель Украины» или «житель России», мы подразумеваем людей, живших на соответствующей территории в возрасте до своих 18 лет, независимо от нынешней страны проживания и гражданства.

Таблица 4

Распределение ответов по категориям неблагоприятного детского опыта

Тип неблагоприятного детского опыта	N=432	%	Украина, %	Россия, %
Насилие				
Эмоциональное насилие	277	64,1	63,3	41
Физическое насилие	195	45,1	44,1	28
Сексуальное насилие	127	29,2	31,4	14,9
Нарушение бытовых условий				
Алкоголизм или наркозависимость в семье	231	53,5	51,4	32
Психические заболевания в семье	135	31,3	29,8	21,7
Насилие по отношению к матери	94	21,8	19,6	16,3
Криминальное поведение в семье	54	12,5	10,2	8,4
Разъезд или развод родителей	149	34,5	31,4	24,5
Опыт пренебрежения				
Эмоциональное пренебрежение	223	51,6	51,8	29,7
Физическое пренебрежение	50	11,6	11,8	6

Из таблицы видно, что свыше 50% респондентов отметили опыт эмоционального пренебрежения, проблемы с алкоголем и эмоциональное насилие. На втором месте – физическое и сексуальное насилие, развод/разъезд родителей, наличие психических заболеваний. Высокие показатели по нескольким категориям подтверждают полученные в других исследованиях [14] наблюдения о том, что опыт насилия, если он есть, почти всегда присутствует больше, чем в одной категории. Например, если в семье у кого-то из родителей алкогольная зависимость, высока вероятность присутствия в опыте детей также случаев пренебрежения, эмоционального и физического насилия.

На соотношение категорий насилия в опыте влияет также пол респондента. Среди ответов женской аудитории преобладает эмоциональное насилие – 63% и сексуальное насилие (32,4%), физическое насилие (44,1). Среди мужчин – больше ответов про физическое (37%) и эмоциональное (62,5%) насилие, сексуальное – 0%. Но так как количество респондентов-мужчин в выборке оказалось недостаточным для определения статистически достоверных данных, требуется дополнительно изучить этот вопрос.

Следующим шагом исследования было сопоставление результатов по опроснику НСД с данными самооценивания респондентами своего состояния здоровья. И хотя самооценивание респондентов не является равным объективным данным медицинской карты, но может в какой-то степени отражать связь между неблагоприятным прошлым опытом и состоянием здоровья во взрослом возрасте. Так как в онлайн формате опроса нет возможности проверить тяжесть состояния и диагнозы (качественные характеристики), мы представили приведенные респондентами данные в количественных показателях следующим образом. Если в графе «Есть ли симптомы и заболевания, которые вас беспокоят?» человек поставил односложный вариант ответа, вроде «да» или «хроника», или «лишний вес», или «проблемы с желудком» – то есть, указал на какой-то один симптом или заболевание, такой ответ был принят за 1. Если в ответе шло перечисление: «у меня бессонница, тревога и боли в спине» – присваивалась, соответственно, цифра 2, 3, 4.

В целом, в опросе на наличие хотя бы одного симптома или заболевания, или депрессии (мы не знаем, этот термин был употреблен респондентами в «бытовом» значении или как диагноз) указали 53,7% респондентов, двух – 18,1%, более двух – 10,8. Не отметили проблем со здоровьем 17,4%.

Что интересно, большой процент (63,5%) людей с количеством баллов по опроснику НСД равным ≥ 4 , отметили либо отсутствие симптомов/заболеваний (12,7%), либо отвечали односложно (50,7%), что, в целом, не соответствует данным других исследований, которые с повышением балла по опроснику НСД от 4+ показывают увеличение в разы наличия проблем физического и психологического характера [14]. Это может быть связано как со скрытностью и недоверием, сформированным вследствие наличия неблагоприятного опыта в детстве, так и с искаженным восприятием «нормального» состояния, когда привычный стрессовый фон и дискомфорт не считается чем-то заслуживающим внимания. Так, например, несколько респондентов, которые были нашими клиентами и на момент заполнения опросника имели диагнозы от бессонницы до клинической депрессии, поставили в разделе «Симптомы» прочерк или один пункт. При этом в личной истории у них был значительный опыт насилия и результат по опроснику НСД от 5 до 8 баллов. Данный момент требует дальнейшего исследования для получения более достоверной картины.

Средневзвешенный балл по опроснику НСД респондентов, субъективно не отметивших у себя проблем со здоровьем – 2,96, отметивших хотя бы один симптом/заболевание – 3,4 ОНСД; отметивших два симптома/заболевания – 3,8, отметивших 3 и более симптомов/заболеваний – 4,5.

Коэффициент корреляции между субъективной оценкой респондентами своего состояния здоровья (количеством описанных симптомов, болезней и вредных привычек) и количеством баллов по опроснику НСД оказался весьма высок, как в целом по выборке ($r = 0,239$; при уровне значимости 0,01), так и для жителей Украины ($r = 0,203$; при уровне значимости 0,01). Таким образом, наличие связи между опытом насилия в детстве и количеством проблем со здоровьем во взрослом возрасте подтвердилось.

Выводы и перспективы дальнейших исследований.

Согласно проведенному исследованию, распространенность переживания опыта насилия в детском возрасте у жителей Украины очень высока, более девяноста процентов респондентов отметили хотя бы один вид испытанного в детстве насилия; более половины респондентов набрали 4+ баллов по опроснику неблагоприятных событий детства (НСД), что означает высокий риск хронических заболеваний, склонность к вредным привычкам, психологическим и социальным трудностям адаптации в стрессовых ситуациях. Самооценивание респондентами своего состояния здоровья также подтвердило наличие статистически значимой связи между количеством испытанного в детстве негативного опыта (эмоциональное и физическое насилие, нарушение бытовых условий, опыт пренебрежения) и состоянием здоровья во взрослом возрасте.

Предварительный анализ по гендерным различиям в опыте неблагоприятных событий детства показал, что есть разница в категориях насилия, которые указывают мужчины и женщины. Для получения точной картины необходимо провести дополнительные исследования на более сбалансированной по соотношению мужчин и женщин выборке.

Перспективу исследования мы видим также в обстоятельном анализе причин большого разрыва в данных о распространенности опыта насилия между жителями Украины и ближайших стран, в дополнительном исследовании уровня резильентности и копинговых стратегий реагирования на стресс жителей Украины.

Hromova H. M. Experience of violence in childhood and its impact on the health of adult personality. The article refers to the direct connection between the experience of childhood violence and the mental and physical health of adult personality. The research is investigated prevalence of experience of childhood violence among Ukrainian residents and the relationship between the presence of unfavourable childhood events and the state of health of respondents in adulthood is investigated.

Key words: negative events in childhood, questionnaire of adverse childhood events, experience of childhood violence, health, toxic stress, chronic stress

Список использованной литературы

1. Боголюбова О. Н. Психологические и психофизиологические характеристики переживания стыда : роль неблагоприятного детского опыта / О. Н. Боголюбова, Е. В. Киселева // Вестник СПбГУ. – Сер. 12. – 2015. – Вып. 2. – с. 30-44
2. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання : наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / Джудіт Герман / Пер. с англ. – Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. – 416 с.
3. Исследование распространенности неблагоприятных событий детства среди молодых людей в Российской Федерации. Всемирная организация здравоохранения, 2014 г. – [электронный ресурс]. – [режим доступа]: <http://www.euro.who.int/ru/countries/russian-federation/publications/survey-on-the-prevalence-of-adverse-childhood-experiences-among-young-people-in-the-russian-federation> – назва з екрану
4. Клоет Е. Р. Стресс и мозг : от адаптации к болезни / Е. Р. Клоет, М. Джоелс, Ф. Холсбор / [пер. под ред. Е. Лисицына, Н. Лисицкий, А. Осипенко] // Nature Reviews Neuroscience. – Вып. 6. – С. 463–475 (2005)
5. Лазос Г. П. Особливості емоційних станів вітчизняних волонтерів-психологів/психотерапевтів у стосунках з постраждалими / Гелена Лазос // Актуальні проблеми психології Т.3 : Консультативна психологія і психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. – Вінниця : ФОП Рогальська І. О., 2016. – Вип. 12. – с. 44-60
6. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / Под ред. Э Г. Круга и др. / Пер. с англ. — М : Издательство «Весь Мир», 2003. — 376 с.
7. ООН: Домашнее насилие в Украине. – [электронный ресурс]. – [режим доступа]: http://www.hearts.in.ua/articles/against-domestic_violence/623.php. – назва з екрану
8. Розанов В. А. Влияние травмы детского возраста на накопление стрессовых событий и формирование суицидальных тенденций в течение жизни / Емяшева Ж.В., Бирон Б.В. // Український медичний часопис, 6 (86) – XI/XII 2011. – [электронный ресурс]. – [режим доступа]: <https://www.umj.com.ua/article/18717/vliyanie-travmy-detskogo-vozrasta-na-nakoplenie-stressovykh-sobytij-i-formirovanie-suicidalnykh-tendencij-v-techenie-zhizni> – назва з екрану
9. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. — СПб: Питер, 2001. — 272 с: ил.
10. Anda R. Adverse childhood experiences and frequent headaches in adults / Tietjen G., Schulman E., Felitti V., Croft J. – 2010 – [электронный ресурс]. – режим доступа : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20958295>

11. Chapman D. P. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood / Whitfield C.L., Felitti V., Dube S.R et al. // *Affect. Disorder.* – 2004, Oct 15;82(2) : 217-25. – [электронный ресурс]. – режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15488250>
12. Dube S.R. Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult / Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB. *Addict Behav.* – 2002 Sep-Oct. – [электронный ресурс]. – режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12201379>
13. Dube S.R. Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults / Fairweather D, Pearson WS, Felitti VJ, Anda RF, Croft JB. – Epub, 2009. – Feb 2. – [электронный ресурс]. – режим доступа: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19188532?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
14. Felitti V. J. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse childhood experiences (Ace) study / Anda R. F., nordenberg d., Williamson d. F., spitz A. m., edwards V., Koss m. P., marks J. s. // *American Journal of Preventive medicine.* 1998. may; Vol. 14 (4). P. 245–258.
15. Gilbert R. Child Maltreatment 1 Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries / Cathy Spatz Widom, Kevin Browne, David Fergusson, Elspeth Webb, Staff an Janson. *Lancet* 2009; 373: 68–81. – [электронный ресурс]. – режим доступа: <https://www.kau.se/files/2017-09/Child%20malteratment%20Lancet%203%20jan%202009.pdf>
16. Heise L. Violence Against Women. – [электронный ресурс]. – режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/11127184_Violence_Against_Women_An_Integrated_Ecological_Framework
17. Hillis S.D. The Association Between Adverse Childhood Experiences and Adolescent Pregnancy, Long-Term Psychosocial Consequences, and Fetal Death // *Pediatrics* . – Vol. 113, No. 2 February, 2004. – PP. 320-32
18. National Scientific Council on the Developing Child. Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper 3. Updated Edition. — 2005/2014. – [электронный ресурс]. – режим доступа: <http://www.developingchild.harvard.edu>
19. Sacks J.U. The impact of early trauma and abuse on residential substance abuse treatment outcomes for women / Karen McKendrick, Steven Banks. Epub 2007 Jun 15 – [электронный ресурс]. – режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17574799>

References transliterated

1. Bogolubova O. N. Psychologicheskies I psychofiziologicheskies harakteristiki perejivania stida: rol neblagopriyatnogo detskogo opita / E.V. Kiseleva // Vestnik SPbGU. – Ser.12. – 2015. – Vip.2
2. German J. Psychologichna travma ta shlyah do vidujannya: naslidki nasilstva – vid znuschan u sem’I do politichnogo terror/per. s angl. – Lviv: Vidavnistvo Starogo Leva, 2015. -416 s
3. Issledovanie rasprostranennosti neblagopriyatnyh sobitij detstva sredi molodih ludey v Rossiyskoi Federatsii. Vsemirnaya organizatsia xdravooxraneniya, 2014. – [электронный ресурс]. – [режим доступа]: <http://www.euro.who.int/ru/countries/russian-federation/publications/survey-on-the-prevalence-of-adverse-childhood-experiences-among-young-people-in-the-russian-federation>
4. Kloet E. R. Stress I mozg: ot adaptatsii k bolezni / Marian Joëls and Florian Holsboer/per pod red. E. Lisitsina, N. Lisitskiy, A. Osipenko, jurnal Nature Reviews Neuroscience, випуск 6, стр. 463–475 (2005)
5. Lazos G. P. Osoblivosti emotsiinih staniv vitchiznyanih volonteriv-psychologiv/psychotherapevtiv u stosunkah z postrajdalimy/G. Lazos// Aktualni problem psichologii T3: Konsultativna psichologia I psyhothepapia: Zbirnik naukovih prats Institutu psichologii imeni G.S. Kostuyka NAPN Ukraini/ za red Maksimenka S.D. – Vinnitsa: FOP Rogalska I.O., 2016. – Vip.12. – с. 44-60
6. Nasilie i ego vliyanie na zdorovie. Doklad o situatsii v mire/ pod red E.G. Kruga I dr./ per s angl. – M : Izdatelstvo “Ves Mir”, 2003. - 376
7. OON: Domashne nasilstvo v Ukraine. – [электронный ресурс]. – [режим доступа] : http://www.hearts.in.ua/articles/against-domestic_violence/623.php. – название с экрана
8. Rozanov V. A. Vliyanie travmi detskogo vozrasta na nakoplenie stressovih sobitij I formirovanie suicidalnih tendentsiy v techeniy jizni / Rozanov V.A., Emyasheva J.V., Biron B.V.// Ukr. Med. Chasopis, 6 (86) – XI/XII 2011. - [электронный ресурс]. – [режим доступа]: <https://www.umj.com.ua/article/18717/vliyanie-travmy-detskogo-vozrasta-na-nakoplenie-stressovykh-sobytiy-i-formirovanie-suicidalnykh-tendencij-v-techenie-zhizni>
9. Tarabrina N. V. Praktikum po psichologii posttravmaticheskogo stressa. – SPb : Piter, 2001. – 271 c: il
10. Anda R. Adverse childhood experiences and frequent headaches in adults / Tietjen G, Schulman E, Felitti V, Croft J. Headache. 2010. – [электронный ресурс]. – режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20958295>
11. Chapman D. P. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood / Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards

- VJ, Anda RF. *J Affect Disord.* 2004 Oct 15;82(2):217-25. – [электронный ресурс]. – режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15488250>
12. Dube S. R. Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult / Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB. *Addict Behav.* – 2002 Sep-Oct. – [электронный ресурс]. – режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12201379>
 13. Dube S.R. Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults / Fairweather D, Pearson WS, Felitti VJ, Anda RF, Croft JB. *Psychosom Med.* 2009 Feb;71(2):243-50. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181907888. Epub 2009 Feb 2. – [электронный ресурс]. – режим доступа: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19188532?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
 14. Felitti V. J. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse childhood experiences (Ace) study / Anda R. F., nordenberg d., Williamson d. F., spitz A. m., edwards V., Koss m. P., marks J. s. // *American Journal of Preventive medicine.* 1998. may; Vol. 14 (4). P. 245–258.
 15. Gilbert R. Child Maltreatment 1 Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries / C. S. Widom, K. Browne, D. Fergusson, E. Webb, S. Janson. – *Lancet* 2009; 373: 68–81. – [электронный ресурс]. – режим доступа: <https://www.kau.se/files/2017-09/Child%20malteratment%20Lancet%203%20jan%202009.pdf>
 16. Heise L. Violence Against Women. – [электронный ресурс]. – режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/11127184_Violence_Against_Women_An_Integrated_Ecological_Framework
 17. Hillis S.D. The Association Between Adverse Childhood Experiences and Adolescent Pregnancy, Long-Term Psychosocial Consequences, and Fetal Death. *PEDIATRICS* Vol. 113 No. 2 February 2004, pp. 320-32
 18. National Scientific Council on the Developing Child. Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper 3. Updated Edition. – 2005/2014. – [электронный ресурс]. – режим доступа: <http://www.developingchild.harvard.edu>
 19. Sacks J.U. The impact of early trauma and abuse on residential substance abuse treatment outcomes for women / K. McKendrick, St. Banks. – [электронный ресурс]. – режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12914833?dopt=Abstract>

Данные про автора
Громова А.М., психолог; г. Киев
Hromova H.M., psychologist; Kyiv
+38 (067) 445 51 56
annagrom@gmail.com

РЕФЕРАТ

Громова А.М.

Опыт насилия в детстве и его влияние на здоровье взрослой личности

Проблема встречи с насилием в детском возрасте и последствий этой встречи для физического и психологического здоровья взрослого человека изучается уже много лет и признана одной из главных проблем здравоохранения во всем мире. В течение XX века всесторонне исследовался вопрос о связи травматического детского опыта с различными симптомами и заболеваниями.

Нейробиология объясняет влияние негативных событий детства на здоровье взрослого человека через концепцию хронического (токсичного) стресса, формирующего «уязвимый фенотип», в результате чего, во взрослом возрасте человек становится более подвержен как физическим болезням (сердечно-сосудистые заболевания, диабет, инсульт), так и психологическим сложностям (тревожные расстройства, депрессия, алкоголизм, наркозависимость).

В данной статье исследовалась распространенность опыта насилия разных категорий в детском возрасте у респондентов, проживавших на территории Украины в возрасте до 18 лет. Также посредством сопоставления полученных данных и результатов самооценивания была подтверждена выявленная в зарубежных исследованиях связь между количеством неблагоприятных событий детства и увеличением числа симптомов и болезней во взрослом возрасте.

Результаты исследования показали масштаб распространенности насилия в Украине – свыше 90% респондентов имели опыт насилия в детстве. Также, у половины респондентов –

высокий балл (≥ 4) по опроснику Неблагоприятных Событий Детства (ACE Score), что означает значительный риск развития физических заболеваний, социально неприемлемых форм поведения и эмоциональных проблем. Анализ корреляции результатов по опроснику НСД и самооценкой респондентами своего состояния здоровья выявил значимую связь между увеличением количества баллов по опроснику и увеличением количества отмечаемых респондентами проблем со здоровьем и эмоциональным состоянием.

Дальнейшие исследования необходимо направить на выявление причин большого расхождения в данных о распространенности опыта насилия между жителями Украины и ближайших стран. Необходимо также дополнительное исследование уровня резильентности и копинговых стратегий реагирования на стресс жителей Украины.

Ключевые слова: негативные события детства, опросник неблагоприятных событий детства, опыт насилия в детстве, здоровье, токсичный стресс, хронический стресс

УДК 159.98 + 615.851 + 159.964

Кісарчук З. Г., Гребінь Л. О.

**МЕТОД КАТАТИМНО-ІМАГІНАТИВНОЇ
ПСИХОТЕРАПІЇ В КОНТЕКСТІ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЙОГО
ВИКЛАДАННЯ**

Кісарчук З. Г., Гребінь Л. О. Метод кататимно-імагінативної психотерапії в контексті особливостей його викладання. Стаття являє собою розгляд кататимно-імагінативної психотерапії (КІП) як психодинамічного методу з точки зору особливостей його викладання в сучасних умовах. Обґрунтовано актуальність розгляду КІП в такому аспекті. Представлено витоки та історію створення методу, його сучасний стан та тенденції розвитку. Описано теоретичну концепцію КІП, специфіку у порівнянні з іншими психодинамічними методами, форми здійснення психотерапії та їхнє призначення, методику практикування тощо.

Ключові слова: психодинамічна психотерапія, кататимно-імагінативна психотерапія, кататимні імагінації (КІ), символізація, концепція КІП, викладання методу, формування спеціаліста, системність викладання, психоаналіз, сновидіння наяву.

Кисарчук З. Г., Гребень Л. О. Метод катативно-имагинативной психотерапии в контексте особенностей его преподавания. Статья представляет собой рассмотрение кататимно-имагинативной психотерапии (КИП) как психодинамического метода с точки зрения особенностей его преподавания в современных условиях. Обосновывается актуальность рассмотрения КИП в таком аспекте и целесообразность выбранной формы изложения. Представляются истоки и история создания метода, его современное состояние и тенденции развития. Описывается теоретическая концепция КИП, специфика в сравнении с другими психодинамическими методами, формы осуществления психотерапии и их назначение, методика и т.д.

Ключевые слова: психодинамическая психотерапия, кататимно-имагинативная психотерапия, кататимные имажинации (КИ), символизация, концепция КИП, преподавание метода, формирование специалиста, системность преподавания, психоанализ, сновидения наяву.

Постановка проблеми. Сучасна психотерапевтична освіта в Україні набувається наразі в межах недержавних професійних психотерапевтичних інституцій, є різноманітною відповідно існуючим напрямам і методам практикування та сформульованим в них вимогам до підготовки фахівців. Навчання психодинамічним методам психотерапії, зокрема кататимно-імагинативній психотерапії (КИП), передбачає для студентів необхідність отримання власного досвіду в якості клієнта, оволодіння загальною теорією психотерапії та консультування, теорією класичного і сучасного психоаналізу, психіатричною (для психологів) та психологічною (для лікарів) пропедевтикою, теорією та методикою КИП, здійснення практичної роботи під супервізією.

В цілому передбачені складові частини підготовки мають забезпечити формування професіонала-психотерапевта за тими стандартами, що прийняті в європейській психотерапевтичній спільноті. Серед проблем, які постають на шляху здійснення цього процесу, однією з найважливіших, на наш погляд, є необхідність для фахівця не тільки отримати достатні знання та навички, а й сформувати певні особистісні якості та морально-етичні переконання: здатність до рефлексії та саморозвитку; здатність до емпатії та поваги, соціальних контактів та стосунків; розвиненість у розумінні символів, фантазій; зрілість у поводженні з фрустраціями, з власними та чужими імпульсами різної модальності, толерантність до невизначеності та здатність до концептуалізації тощо [30; 8]. Останнє неможливо запозичити ззовні, а потрібно «вироснути» самостійно кожній особі відповідно її унікальному життєвому досвіду. Тож ця частина навчання не може бути уніфікованою за змістом та формами. Частково сприяє (та не гарантує) вирішенню цієї проблеми професійний відбір; частково – системне та логічне викладання теоретичного матеріалу, формування професійних та етичних переконань, організація засвоєння методик. Ще однією лінією, яка є допоміжною в процесі формування особистості фахівця, є набуття ним клієнтського досвіду, а також отримання

супервізійного супроводу у спеціалістів відповідної кваліфікації. Важливим також є систематичне проведення досліджень для моніторингу актуальних проблем, які виникають у процесі підготовки фахівців.

Аналіз досліджень та публікацій. Розгорнута характеристика методу КІП викладена у ряді публікацій як зарубіжних, так і вітчизняних фахівців. Автор методу, Х. Льюйнер, у своїх ґрунтовних працях дав загальне уявлення про сутність методу та його теоретичні основи, структуру, методіку практикування, складові ефективності та різноманітні інструменти психотерапевтичного впливу [24; 25; 55; 56]. Інші автори приділяють увагу різним аспектам методу та його практикування з пацієнтами: стосункам в КІП [5; 40; 58], діючим факторам психотерапії [1], особливостям роботи з групами [53; 15; 20], спеціальним підходам у роботі з дітьми та підлітками [52; 14], родинами [43; 44], можливостям допомоги пацієнтам, які постраждали від травмивних обставин [14; 47; 29], психологічному супроводу соматичних хвороб [5; 29; 42; 54; 63] тощо. Розробляються також нові авторські мотиви, описуються особливості роботи з певними симптомами тощо [52; 59]. Однак в доступних публікаціях, окрім певних методичних схем та порад, ми не знаходимо достатньо чіткого та послідовного представлення методіки викладання КІП для студентів.

Наші спостереження показують, що при викладанні методу КІП за існуючими у вітчизняному просторі схемами у студентів зазвичай виникають прогалини у його засвоєнні (вони потребують уточнень, пояснень, введення нових понять, коментарів до застосування інструментів впливу тощо). Крім того, недостатньо враховуються особливості застосування КІП у сучасних соціокультурних умовах. Проведені дослідження показали, що соціокультурна ситуація в Україні значно впливає на практику психотерапевтів перш за все необхідністю під час війни надавати допомогу особам з психологічними та тілесними травмами. Крім того, оскільки трагічна історія нашого народу лишила ще й трансгенераційні рани, виникає потреба приділяти увагу опрацюванню і таких тем. Цей контекст вимагає від фахівця особливої уваги до формування таких особистісних якостей, як здатність витримувати стосунки, наповнені травматичним досвідом,

болем, негативними емоційними станами. Крім цього, ми враховуємо, що самі студенти можуть переживати важкі життєві обставини та потребують додаткової уваги та коректного супроводу. Це зобов'язує вносити певні корективи в навчальні програми, зокрема включати в них теми з опрацювання травми як обов'язковий компонент підготовки.

У даній статті ми зосередимось на темі системного викладу теоретичного та методичного матеріалу в процесі навчання методу КП: представимо опис методу, який складається з теоретичної концепції та методичної частини його практикування, і обґрунтуємо нашу логіку подання матеріалу. В цілому остання орієнтується на основні концепти Х. Льюїнера, однак констеляція теоретичної та методичної частин, деякі положення, формулювання, узагальнення, уточнення та приклади роботи є авторськими.

Міркування стосовно необхідності розроблення зручної та ефективної методики викладання КП зумовлюють пошук відповідної форми викладу матеріалу, основними характеристиками якої є, на наш погляд, системність, послідовність, наочність та образність, алгоритмічність викладання і практикування. У зв'язку з цим, а також з огляду на великий обсяг матеріалу, у статті ми вирішили використати конспективну з елементами наочності форму організації тексту, яка дозволяє стисло, системно, логічно і ясно передати зміст методу за Х.Льюїнером, супроводжуючи його разом з тим інформацією про нові тенденції у розвитку методу, власними коментарями, ідеями та прикладами. Крім того, така форма є сучасною, дає можливість структуровано подавати матеріал у вигляді таблиць, схем, ілюструвати його малюнками та фотографіями, які на символічному рівні доповнюють текстову частину викладу, формують просторові відповідники алгоритмів та допомагають здійснювати професійну рефлексію психотерапевтичного процесу.

Виклад основного матеріалу дослідження.

I. Опис теорії методу.

Кататимно-імагінативна психотерапія (КП, символдрама) – психодинамічний метод, специфікою якого є робота зі сновидіннями наяву. КП було створено німецьким психотерапевтом і вченим Ханскарлом Льюїнером у 40-50 рр. XX століття та інтегровано у психотерапію як науково обґрунтований

метод. Німецькою метод називається: **Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP), Katathym Bilderleben (KB)**; англійською – **Guided Affective Imagery (GAI), Symboldrama** [24; 56; 55].

Назва методу вказує на *залежність* імагінативних процесів від емоцій та афектів. Слово «кататимна» означає відповідно душі, віддзеркалюючи душу, і вказує на глибинні психологічні джерела емоційних переживань. Слово «імагінативна» підкреслює образний характер психотерапевтично індукованого світу переживань.



Ілюстрація до одного з образів за мотивом КІП «Луг».

1. Витоки кататимно-імагінативної психотерапії

Практики заглибленого споглядання власного внутрішнього світу використовувались з давніх часів для підтримки душевного та фізичного здоров'я людини.

- У культурі давньої Індії присутні техніки *медитації* кількох видів: ментальні концентрації на зовнішніх об'єктах, спрямовані на отримання містичного досвіду, та самодослідження, тобто рефлексивне занурення та спрямоване споглядання власного внутрішнього світу (~1500 р. до н.е.) [11]. Деякі види медитації, зокрема трансцендентальна медитація як безпосередній досвід виходу за межі розмірковувань, нині розповсюджені по всьому світу [11; 19; 26; 34].

- Історія давньої Греції (розквіт V-IV ст. до н. е.) свідчить про існування *релігійних культових практик*, які спонукали людину до уявлення образів – *сновидінь наяву* [60; 54].

- У давньому Єгипті ще до нашої ери в магічних ритуалах використовувались стани зміненої свідомості та уявлення. У IV столітті вже нашої ери на території Єгипту перші християни

практикували занурення у **трансовий стан** та споглядання образів [18; 19; 33].

- У римо-католицькій культурі *медитацію з фіксацією на образах* розвивали у XVI ст. іспанські містики: Ігнатій Лойола, Тереза Авільська та Джон Кросс [49; 28].

- У шаманських практиках індіанців Америки в уявних подорожах в трансових станах використовувались «помічники» – тварини, які супроводжували душу людини. Особливою пошаною користувались люди племені, які були здатні здійснювати подорожі у сновидіннях та отримувати одкровення [18; 35]. В африканських племенах уява та змінені стани свідомості були задіяні у «спілкуванні» з демонічним світом [28]. Австралійські відуні також використовували **імагінативні подорожі** та практикували «магічні сновидіння» [18].

- В українській культурній традиції **медитативні стани керованого уявлення** присутні у практиках розповідання казок та *історій, дум*, особливо під музику, як у кобзарів, лірників, бандуристів, – по суті це є **практики групових імагінацій**. /«Сліпий бандурист», художник К. Трутовський/.



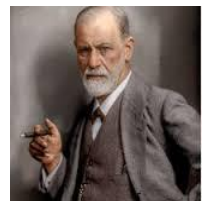
- Специфічною кататимно-імагінативною практикою можна вважати і наспівування колискових пісень, що є яскравою рисою української культури [14; 27]. /«Коліскова», художник Л. Ментова/.



2. Науковий розвиток психотерапії та образних технік

Зігмунд Фройд (Sigmund Freud 1856-1939).

Практиці застосування імагінацій у психотерапевтичному процесі сприяв аналіз З. Фройдом випадку Анни О. (пацієнтки Йозефа Брейера), яка у стані мимовільного спонтанного



гіпнозу розгортала свій *«приватний театр» образів* [3; 37].

З. Фройд, який певний час застосовував гіпнотичні техніки, згодом відмовився від них і для отримання позасвідомого матеріалу викликав у пацієнтів *оптичні феномени* за допомогою натиснення пальцями на чоло. При цьому він просив їх точно описувати ці феномени та фіксувати моменти, які спадали на думку. Пізніше у своїх працях З.Фройд описав деякі важливі властивості денних фантазій [37; 24].

Карл Густав Юнг (Carl Gustav Jung 1875-1961) застосовував у своїй аналітичній практиці техніку **активної уяви**. Суть цієї практики полягає в тому, що пацієнт, який перебуває вже тривалий час в аналітичній роботі, вдома виконує таку процедуру: уявляє якийсь ландшафт, потім «заходить» у нього і що-небудь там «здійснює». Подорожуючи цим ландшафтом, він стикається з різноманітними явищами, зустрічає різні істоти, які можуть являти собою образне втілення описаних К. Юнгом архетипів [45].



Австрійський психоаналітик **Герберт Зільберер** (Herbert Silberer 1882-1923) проводив експерименти з ауто символізму у станах засинання, досліджував способи спостереження за «символьними галюцинаціями» [61; 62].



До використання образів у лікувальному процесі зверталися не тільки перші психоаналітики, але й відомі психіатри, далекі від психоаналізу. Зокрема, один із засновників сучасної психіатрії **Ернст Кречмер** (Ernst Kretschmer 1888-1964) розробив техніку уявлення образів, яку назвав *«мислення кінокадрами»*. Застосовуючи її, він показав, що спонтанні імагінативні феномени підпорядковуються тим самим закономірностям символізації, що і звичайні сновидіння [24; 38].



Людвіг Франк (Ludwig Frank 1863-1935), швейцарський психотерапевт, у 1913 році описав експерименти, в яких демонструвалась здатність психіки до *спонтанних оптичних фантазій* [48].

Засновник аутогенного тренінгу німецький психотерапевт **Йоганес Генріх Шульц** (Johannes Heinrich Schultz 1884-1970) на вищих ступенях *аутотренінгу* застосовував техніку уявлення образів з метою отримання інформації про витоки психічних порушень пацієнтів [38].



Одним із піонерів у застосуванні імагінацій у психотерапіїт вважається **Карл Гартіх** (Carl Harppich 1878-1947). Він використовував техніку *імагінацій* як для храмових медитацій вільних каменярів, так і у рамках клінічної психотерапії, розуміючи її як *медитативне споглядання* [38; 49].

Французький психотерапевт **Роберт Дезуаль** (Robert Desoille 1890-1966) розробив свій варіант імагінативних вправ - метод *спрямовувального сновидіння наяву*. За своєю формою цей метод нагадує процедури КІП. Однак в ході сеансу автор нерідко застосовував техніку навіювання, що не властиво для КІП [38].



У психосинтезі, НЛР, у сучасній **когнітивно-поведінковій терапії** та практично у всіх психотерапевтичних напрямках використовується *спрямоване уявлення*, що супроводжується певними змінами станів свідомості.

Поява *кататимного переживання образів* як самостійного науково обґрунтованого напрямку пов'язано з клінічною практикою та науковою діяльністю **Ханскарла Льюнера** (Hanscarl Leuner 08.01.1919 — 22.06.1996), які здійснювались вченим на базі клініки нервових хвороб Марбургського університету у 1948-1954 роках.



Х. Льюнер запропонував техніку сновидінь наяву, яка відзначалась науковою виваженістю, чіткістю, систематизованістю та клінічною ефективністю. Своему методу Х. Льюнер спочатку дав назву «кататимне переживання образів» [нім. Katathym Bilderleben (KB)]. Пізніше він запропонував ще один термін – «символдрама», а в 1994 році, характеризуючи метод як самостійний високоефективний напрям глибинно зорієнтованої

психотерапії, використав термін «кататимно-імагінативна психотерапія» (КІП) [56; 32].

3. Теоретична концепція КІП (подається на основі аналізу праць Х.Льойнера, Л. Кот'є-Бірнбахер, А. Хайгл-Еверс, Ф. Хайгла, Ю. Отта, У. Рюгера, Е. Вільке, Г. Хорна, Х. Хенніга, У.Барке, В. Розендаля та ін., а також наших власних досліджень)

3.1. Три суттєві ознаки концепції:

- ✓ метод ґрунтується на психодинамічних теоріях;
- ✓ використовуються кататимні імагінації (КІ);
- ✓ провідну роль відіграє робота з символізацією та символами.

3.2. Ключові теоретичні положення:

- у якості *основних детермінант* особистісного розвитку та поведінки розглядаються неусвідомлювані психічні процеси (позасвідомі фантазії, потяги, конфлікти та механізми захисту), а також динаміка їх розвитку у стосунках з об'єктами;
- метод базується на теоретичному фундаменті класичного психоаналізу та його подальшого розвитку (теорія потягів, теорія об'єктних стосунків, теорія прив'язаності, Его-психологія, Self-психологія, психологія процесу розвитку тощо);
- КІП відрізняється від інших напрямів психодинамічної психотерапії послідовною роботою з образною сферою людини;
- специфічним для цього методу є особлива форма уявлення образів – імагінації, в яких у символічному вигляді представлені ресурсний та травматичний досвід, конфлікти пацієнта і патерни його об'єктних стосунків, механізми опору та захисту тощо;
- в терапевтичному процесі психотерапевт використовує *«роботу символізації»* пацієнта (представлення в символічній формі його глибинних переживань) у контексті *анамнезу, структури симптому, актуальної життєвої ситуації та стосунків перенесення/контрперенесення* з діагностичною та терапевтичною метою;
- виникнення образів та їх динаміка у КІП відбувається за допомогою спеціальних **технік асоціювання, технік стандартних мотивів** та інших форм КІ;
- за Х. Льойнером, **сновидіння наяву**, з психодинамічної точки зору, підпорядковуються таким же закономірностям, що і нічні сновидіння, однак феноменологічно вони є дещо відмінними,

оскільки під час **нічних сновидінь** відсутня вербалізація та приглушені моторні центри, в них переважає також *первинний процес*, а в **сновидіннях наяву** присутня вербалізація, може бути задіяною моторика, має місце *паралельне функціонування* або *почергова актуалізація первинного та вторинного* процесів.

Принагідно зауважимо, що в КІП можна спостерігати два види імагінацій: *кататимні та ментальні*. Кататимні імагінації, як уже було сказано вище, відповідають глибинним переживанням людини та здійснюється здебільшого на рівні первинного процесу. Ментальні імагінації відбуваються «на поверхні» психіки, переважно на рівні вторинного процесу, коли пацієнт придумує, конструює образ. Впродовж одного сеансу рівень заглиблення може змінюватись. Психотерапевт має технічні можливості сприяти або більш глибокому зануренню у несвідомі фантазії та почуття, або зворотному рухові;

- важливим теоретичним конструктом у концепції КІП є поняття **«контрольована регресія»**. Завдяки регресії, яка здійснюється під спостереженням психотерапевта, пацієнт має можливість в уяві повернутися до подій свого життя, які передували його внутрішньому конфлікту. У таких випадках часто має місце вікова регресія до фаз раннього розвитку, і пацієнт потрапляє або у *безконфліктну зону* і може отримати *ресурсне підживлення*, або — безпосередньо у *зону конфлікту* і може ще раз прожити сцену, яка містить конфлікт, перестраждати її і перебороти. Отже, **контрольована регресія**, яка має місце у КІП, сприяє терапевтичному процесу; вона у будь-який момент може бути оберненою і відноситься до виду регресії, яка перебуває на службі Его.

4. КІП у порівнянні з психоаналітичною терапією

4.1. *Спільними є такі важливі особливості:*

4.1.1. Психодинамічна/ психоаналітична підготовка психотерапевта.

4.1.2. Використання психодинамічних теорій і концепцій для розуміння особистості пацієнта та причин виникнення і розвитку психічних і психосоматичних розладів. Важливим завданням психотерапії при цьому вважається сприяння пацієнту в розумінні зв'язку між актуальними проявами його конфліктних стосунків та їхніми ранніми коренями, що утворилися внаслідок труднощів у стосунках з первинним/и об'єктом/ами і нині не усвідомлюються.

Розуміння цього зв'язку відкриває для пацієнта можливість нового коригуючого емоційного досвіду, а також зміни способів мислення і поведінки.

4.1.3. Робота як із свідомими, так і з позасвідомими процесами, символізацією та символами.

4.1.4. Визнання у якості суттєвого діючого фактору успішності психотерапії розвиток стабільних терапевтичних стосунків.

4.1.5. Використання в роботі процесів регресії й прогресії пацієнта та урахування феноменів перенесення/контрперенесення і опору.

4.1.6. Застосування технік асоціювання в терапії.

4.2. *Специфіка КІП*

4.2.1. Наявність власної концепції дієвих факторів терапії, сформульованої в межах трьох традиційно виокремлюваних напрямів психотерапевтичної дії КІП [55; 56; 24; 1].

Перший напрям дозволяє виявляти та пропрацьовувати актуальні та латентні *конфлікти* пацієнта, які відповідають провідним переживанням його психічного життя; така робота стає можливою завдяки здатності психіки до процесу символізації, створенню в уяві «містку» між симптомом та конфліктом, що уможливорює перехід від образного уявлення ядра конфлікту до його пропрацювання і усвідомлювання.

Другий, *ресурсний*, напрям забезпечує психологічне «підживлення» особи завдяки символічному задоволенню її архаїчних потреб; це може відбуватись шляхом спонтанної чи індукованої регресії з уявленням сцен, де панує атмосфера захищеності, безпеки, достатку та подальшої прогресії.

Третій, *творчий*, напрям проявляється в розвитку сили уяви людини та її креативності у розв'язанні існуючих проблем (творчий пошук через уявні пробні дії); збагаченні поведінкового репертуару; розвитку та диференціації Я-функцій; пропрацюванні жорстких обмежень Супер-Его; саморозкритті та самовизначенні в екзистенційному аспекті; трансценденції.

4.2.2. Відмінності у використанні основних психоаналітичних феноменів – регресії, перенесення/контрперенесення, опору.

При *індукуванні регресії* до ранніх фаз розвитку, що має місце як у психоаналізі, так і в КІП, відбувається дисоціація рівнів інтеграції Его. При цьому психоаналіз передбачає вербалізацію

раннього конфліктного досвіду та досягнення більш зрілого його розуміння, що потребує високого ступеню здатності до розщеплення Его та його гнучкості, а отже, може бути доступним тільки певній групі пацієнтів.

В КПП таких обмежень менше. Навіть дітям та інфантильним особам без особливих труднощів вдається створювати зв'язний сюжет імагінацій, йти за ним і описувати, а отже, процеси розщеплення здійснюються за допомогою уявлення образів на «екрані» імагінацій в умовах терапевтичного сетінгу.

Більше того, в КПП процес терапії може здійснюватись на довербальному, імагінативному рівні (в регресивному стані): під час кататимного переживання образу, завдяки змінам в енергетичному наповненні його елементів, стає можливим встановлення в зоні конфлікту нового структурного ладу. При цьому символізація виконує функцію створення на базі примітивно-архаїчної форми організації Его його зрілої вторинної форми (вербальної, можливо усвідомлюваної). З цим пов'язують додаткову дієвість методу КПП: психотерапія, здійснюючись на певних етапах на довербальному, імагінативному рівні, сприяє процесу трансформації незрілих невротичних компонентів Его у більш зрілі.

Пояснимо цю тезу на прикладі. *У пацієнтки В., 35-и років, яка страждала на деякі психосоматичні розлади та недостатню вагу, в образі за мотивом «Корова» маленька дівчинка, якою себе уявила В., зустрічає на лузі корову. Тварина виглядає не дуже привітною, навіть, загрозливою; і спочатку дівчинка тримається від неї подалі, однак поступово підходить ближче і бачить, що корова невеличка, брудна і якась дивна. Придивившись, В. помічає, що у неї немає вимені. Дівчинці стає шкода корови. Вона знаходить воду, дбайливо миє тварину, а потім починає годувати її різними травами, які знаходить на лузі. Поступово у корови відростає вим'я і з'являється молоко. Дівчинка доїть корову та п'є це молоко – довго, з великим задоволенням, втіхою. Після цього відбувається трансформація в образі – пацієнтка бачить себе дорослою сільською дівчиною у національному вбранні, з рожевими щоками, міцною і здоровою. Вона весело спілкується з іншими сільськими дівчатами та хлопцями (до речі, пацієнтка народилась і все своє життя прожила у місті), сміється. Цей образ мав для пацієнтки вирішальне цілюще значення: вона стала набирати вагу, тілесна*

симптоматика зменшилась, у неї покращились стосунки з матір'ю. Що ж сприяло таким змінам? В образі пацієнтка бачить дивну корову без вимені – символ матері, яка в реальному житті не годувала В. грудним молоком, сприймалася з дитинства хворобливою, крихкою та доволі дистанційованою. В образі В. спочатку відчувала небажання наближатись до корови, переживала емоції неприязні, страху. Коли ж вона все-таки наблизилась до корови і уважно роздивилася їй, то ці емоції поступово змінилися співчуттям, жалістю, бажанням попіклуватись про неї. Отже, в зоні конфлікту почав встановлюватись новий характер стосунків, в результаті чого настали зміни спочатку в образі матері, а потім відбулась і символічна трансформація самої пацієнтки. Як бачимо, ця трансформація відбулась на довербальному, імагінативному рівні за допомогою «магічної» дії молока, яке довго і з насолодою п'є в образі пацієнтка. Надалі це сприяло усвідомленню В. природи свого конфлікту, відновленню зав'язків з «добрими» внутрішніми об'єктами, набуттю більш зрілих форм Его.



Мал. 1. – Малюнок пацієнтки В. до образу за мотивом «Корова»

Аналіз стосунків перенесення полегшується в КІП у зв'язку з низкою таких її особливостей:

➤ структурування психотерапії за допомогою стандартних мотивів основного ступеню та підтримувальних технік у більшості випадків сприяє розвитку позитивного перенесення, яке не вимагає

термінового опрацювання та дозволяє сформувати надійний робочий альянс;

➤ іншою особливістю є виникнення у КІП так званого “проективного неврозу”, коли почуття перенесення пацієнта проектується переважно на “екран” образу, а на терапевта переноситься відносно слабкий імпульс, що дозволяє зберігати позитивні робочі стосунки й разом з тим вирішувати конфлікт. Актуалізація конфлікту відбувається не в зоні «явних» (реалізованих) стосунків з терапевтом, а в символічному просторі образу.

Проілюструємо цю тезу таким прикладом: *Пацієнтка А., 30-и років, в першій же імагінації за мотивом «Луг» опинилась у величезній печері, досліджувала її. Певний час це викликало цікавість пацієнтки, та згодом їй стало сумно та проявилась тривога. Вона почала шукати вихід із печери, але окрім отвору у височенній стелі нічого не знаходила. Через досить велику діру було видно яскраве небо. Жінка почувалася розгубленою, наляканою та засмученою досить тривалий час на дні підземного провалля. Психотерапевт запитав: «Можливо хтось або щось може Вам допомогти?» Пацієнтка озирнулась і побачила, як великий, чорний птах залетів ззовні до печери, кружляє та знижується. Він приземлився неподалік від жінки та виявився величезним (пізніше, коли пацієнтка малювала свій образ, вона збагнула зі здивуванням, що біля птаха стала зовсім маленькою). Пацієнтка злякалась та подолала свій страх, наблизилась до птаха, торкнулась його чорно-синього пір'я. Відчула начебто хвилю довіри та наважилась сісти птахові на плечі. Той змахнув крилами та виніс пацієнтку назовні на зелені літні пагорби. Впродовж образу А. переживала цікавість, тривогу, страх, здивування, захоплення; поява птаха стала повною несподіванкою, вона відчувала неочікувану радість з одночасним страхом та недовірою, що так може бути. Згодом А. намалювала свій образ та, обговорюючи його на сеансі, знову здивувалась – за якимись ознаками птах виявився схожим на психотерапевта. В актуальній ситуації пацієнтка переживала брехню та зраду чоловіка, розгубленість, пригніченість. Вона загубила перспективу, не розуміла, що тепер буде. Потреба в довірливих стосунках та несподіване припинення можливості їхнього здійснення в родині, страх нової брехні стало змістом*

конфлікту пацієнтки. Інтервенція психотерапевта, його нагадування про можливість допомоги, згодом подолання страху та контакт з чорним птахом, який виніс назовні, викликав регресію, переживався як можливість нових стосунків. Отже, на «екран образу» було перенесено почуття страху, втрати перспектив (печера), які виникли після брехні у подружніх стосунках. Подолання цього стану на символічному рівні стало можливим завдяки інтервенції психотерапевта та символічному опрацюванню: імпульс страху набув предметної форми (чорний птах) та був зменшеним в полі підтримки психотерапевта (пацієнтка наважилась доторкнутись до пір'я, довіритись, сісти на птаха, вилетіти назовні). Схожість птаха з психотерапевтом може свідчити про те, що саме поведінка останнього сприяла відновленню довіри.



Мал. 2. – Малюнок пацієнтки А. до образу з печерою та птахом.

➤ доволі швидко проявлення конфлікту в образі та його вирішення на символічному рівні у багатьох випадках дозволяє обмежуватись відносно короткотривалою терапією (у клініці – 25-30 сеансів) без проведення аналізу почуттів перенесення. Разом з тим КП-терапевт повинен уважно ставитися до феноменів перенесення/контрперенесення, розпізнавати їх ознаки в кататимно-імагінативних сценах і своїх почуттях стосовно пацієнта, а також вміти, за необхідності (коли виникає негативне перенесення, еротизоване перенесення, пацієнт прямо говорить про своє

ставлення до терапевта або приносить сновидіння за його участі) їх пропрацьовувати.

5. Показання та протипоказання до застосування КПП

Досвід використання КПП показує, що метод має доволі широкий спектр застосування. Особливо ефективним він є при терапії розладів невротичного спектру, невротичного розвитку особистості, психосоматичних порушень, кризових станів. При цьому метод показаний для роботи як із дорослими пацієнтами, так і з дітьми та підлітками.

Відносні протипоказання для роботи за методом КПП існують для пацієнтів з тяжкими депресивними та нарцистичними розладами, яскраво вираженою істеричною симптоматикою, тяжкими межовими розладами.

Що стосується **протипоказань**, то кататимно-імагінативну психотерапію недоцільно застосовувати з пацієнтами, які мають:

- гострі та хронічні психози;
- тяжкі афективні порушення, пов'язані з ураженнями центральної нервової системи;
- тяжкі соціально-економічні умови життя;
- недостатню мотивацію до проходження психотерапії.

6. Деякі сучасні тенденції в розвитку кататимно-імагінативної психотерапії

Як свідчать наукові дискусії останніх років, що проводились Міжнародним товариством кататимного переживання образів та імагінативних методів в психотерапії та психології (МТ КПО), кататимно імагінативна психотерапія як внутрішньо несуперечливий метод із узгодженими між собою теорією і практикою наразі переживає достатньо серйозну кризу [12]. Серед науковців і практиків, що працюють у методі, спостерігаються різні, інколи доволі віддалені одна від одної, точки зору стосовно подальшого розвитку КПП: від вузької інституціональної канонізації методу до майже повністю вільного його розвитку з акцентом на відкритості, зовнішній орієнтації, процесах інтеграції. Поруч із подальшим розвитком класичної теорії та практики застосування КПП з використанням мотивів, розроблених Х. Льюїнером та його послідовниками, та розгляду переносних почуттів як таких, що проєктуються на «екран образів» і довгий час можуть не актуалізовуватись у психотерапевтичних стосунках (E. Wilke, L.

Kottje-Birnbacher), здійснюються дослідження, які розглядають розвиток КІП у руслі сучасних досягнень психодинамічної терапії, спрямовуючи фокус уваги в психотерапевтичній ситуації на стосунок «психотерапевт-пацієнт», на роботу з перенесенням та контрперенесенням, застосовуючи переважно асоціювання в уявленні образів, а також орієнтуючись на концепцію центральної теми конфліктних стосунків Л.Люборьски (Х.Хенніг, У.Барке, В. Розендаль та ін.) [40; 12]. У зв'язку з цим вводяться нові поняття у теорію методу, переглядаються (доповнюються, уточнюються) певні терміни, запропоновані Х. Льюїнером [32]. У подальшому тексті ми вживаємо деякі із нових формулювань, які видаються нам більш точними та зрозумілими в контексті методики викладання. У таких випадках ці формулювання супроводжуються посиланням на синонімічний термін за Х. Льюїнером, а також на авторів, що його запропонували.

7. Соціокультурна специфіка в застосуванні КІП у вітчизняному психотерапевтичному просторі

Здобутий нами досвід у практикуванні КІП, а також проведені спеціальні дослідження свідчать про достатні теоретичні і практичні передумови для подальшого поширення і впровадження методу в Україні. Разом з тим отримані дані показують також, що застосування КІП у вітчизняних умовах повинно здійснюватись з урахуванням особливостей соціокультурного контексту, зокрема специфіки вітчизняних клієнтів і психотерапевтів та стосунків між ними, специфіки у перебігу імагінативного процесу, символіці образів тощо, тобто повинно відбуватись не тільки як адаптація, але і як розвиток. У зв'язку з цим можна говорити про характерні для сучасного вітчизняного простору тенденції до певної модифікації технології КІП: акцент на опрацювання проблем сепарації від зовнішніх об'єктів; підсилення ролі емпатійно-підтримуючого стилю у психотерапевтичному процесі; врахування культурної специфіки у символіці образів та їх динаміці, що спонукає до вибору адекватних особливостям вітчизняних клієнтів мотивів КІП, стилю і стратегії в імагінативному процесі, моделей психотерапевтичної допомоги [16; 17; 21]. Ці тенденції характерні в тому числі для сучасної практики психологічної допомоги засобами КІП постраждалим внаслідок важких стресових подій: воїнам та ветеранам, їхнім родинам, внутрішньо переміщеним особам,

волонтерам, травмованим дітям. Разом з тим в роботі з цією категорією пацієнтів засобами КІП важливо акцентувати увагу на отриманні пацієнтами досвіду захищеності, розради, безпеки, піклувального стосунку. У зв'язку з цим в КІП *ресурсний* напрям терапевтичної дії виступає на перший план.

II Опис методики кататимно-імагінативної психотерапії.

1. Сфери застосування КІП.

За *критерієм тривалості роботи* використання кататимних імагінацій може бути ефективним у:

- консультуванні, кризових інтервенціях, коучінгу (1-5 зустрічей)
- короткій терапії, сфокусованій на отриманні ресурсу або/та опрацюванні актуального конфлікту, симптому (15-30 сеансів)
- тривалій психодинамічній психотерапії та психоаналізі (2-4 роки та більше)

За *формою роботи* КІП може проводитися як:

- індивідуальна психотерапія;
- робота з парою (образи одночасно уявляють наприклад, дитина і хтось із батьків або подружжя);
- групова психотерапія.

Серед групових форм роботи з КІ розрізняють:

- індивідуальне кататимне переживання в групі – “мовчазний” образ, – коли кожен учасник групи окремо переживає свій образ;
- індивідуальну роботу з певним учасником групи (кататимна імагінація) та подальше її групове опрацювання;
- групову кататимну імагінацію, спільне уявлення образу.

В даній статті, яка є першою частиною підготовленого нами матеріалу, що стосується особливостей викладання КІП, розглядаємо лише методику індивідуальної психотерапії за методом КІП.

2. Загальна методика індивідуальної КІП

До загальної методики КІП ми відносимо структурні аспекти впорядкування психотерапевтичного процесу як в перспективі всієї терапії, так і окремого сеансу; процедурні аспекти терапії, перелік та

функції стандартних мотивів, особливості інших форм кататимних імагінацій тощо.

2.1. Етапи роботи в перспективі всієї терапії

Психотерапевтичні зустрічі в КІП відбуваються зазвичай один чи два рази на тиждень, але можна працювати і в більш або менш щільному режимі. Імагінації застосовують один раз впродовж двох – десяти сеансів, а в довготривалій терапії їх частота є меншою.

В КІП, як і в інших психодинамічних методах, важливо мати певну «карту» послідовності етапів психотерапевтичного процесу. Представимо цю послідовність на лінії часу за допомогою таблиці 1.

Таблиця 1.

Етапи роботи в перспективі всієї терапії

Етапи роботи на лінії часу в перспективі всієї терапії				
<div> <div>лінія часу (t)</div> <div> </div> </div>				
попередній				відтермінований
	початковий	основний	завершальний	
	(власне психотерапія)			

Попередній етап терапії. Цей етапу включає листування, телефонні розмови, опосередковані іншими людьми контакти та інші комунікації, які відбуваються до моменту домовленості про роботу. В деяких центрах психологічної допомоги практикують попередній збір анамнезу третьою особою.

Пацієнт може уявляти свого майбутнього терапевта, обмірковувати бажану роботу, бачити про це сновидіння тощо. Психотерапевт також може мати стосовно пацієнта певні попередні настановлення свідомості та несвідомі фантазії, очікування.

Початковий етап терапії. Даний етап роботи складається зі знайомства, створення умов для формування робочого альянсу; озвучення запиту; домовленості про контракт; збору глибинно-психологічного анамнезу, з'ясування зовнішніх та внутрішніх контекстів, а саме: причин звернення, мотивації, прагнень, життєвої ситуації, компетенцій та ресурсів тощо. Він може тривати одну або кілька зустрічей. У сфокусованій на певній проблемі психотерапії збір анамнезу може не виділятися як окремий елемент процесу або здійснюватися у скороченій формі.



Процедура знайомства та збору анамнезу зазвичай включає роботу з однією із вступних імагінацій (термін У.Барке, К.Нор, за Х.Льойнером – тестових мотивів): “Квітка”, “Дерево” та іншими.

Під час цієї роботи психотерапевтом оцінюється загальна здатність особи до уявлення образів, вербалізації, символізації, розуміння умовностей, метафор. Психотерапевт також отримує інформацію про явне та приховане емоційне тло в оточенні пацієнта, його актуальний стан: констеляція об'єктів на малюнку, їхні об'єктивні властивості, структура розгортання імагінації, ступінь лібідозного наповнення образу зазвичай перебувають у відповідності з аналогічними параметрами актуальної ситуації пацієнта, структури його симптомокомплексу, візерунком стосунків із первинними об'єктами, контрпереносним враженням. На основі цього матеріалу у психотерапевта з'являються перші гіпотези щодо рівня структурного функціонування особистості.



Основний етап терапії. На цьому етапі відбувається психодинамічна робота у відповідності до запиту пацієнта, рівня його структурного функціонування та етичних норм.

Кататимні імагінації можуть застосовуватись у формі вільного асоціювання в образі, стандартних мотивів, спонтанних уявлень, метафоричного опису тілесних відчуттів, кататимних фантазій стосовно нічних сновидінь. Фактично, коли ми говоримо про форму КІ, мова йде про два параметри: «*точку кристалізації*»,

тобто тему, яка дає поштовх до процесу фантазування; та такий параметр стилю взаємодії терапевта з пацієнтом, як *ступінь структурування*. (Про стилі супроводу в КІП як спеціальні навички терапевта – буде сказано нижче). Перелічені форми КІ за названими параметрами подані у таблиці 2.

Таблиця 2.

**Форми КІ за «точками кристалізації» та ступенем
структурування**

Форма кататимних імагінацій (КІ)		«точка кристалізації» КІ	ступінь структурування	
стандартні мотиви		тема мотиву	+	значний
метафоричний опис тілесних відчуттів або рухів		метафора пацієнта стосовно тілесних відчуттів або рухів	+	значний
кататимні фантазії стосовно нічних сновидінь		момент або місце нічного сновидіння	– /+	незначний або значний
спонтанні уявлення		спонтанний мовний образ	–	мінімальний
вільне асоціювання в образі	без зовнішньої тематизації	–	–	мінімальний
	з тематизацією	актуальний стан, тема запропонованого мотиву, тілесні відчуття або рухи, нічні сновидіння, мовні образи пацієнта	– /+	незначний

Розгляд форм застосування кататимних імагінацій зазвичай починають з представлення **стандартних мотивів**. Це пов'язано, по-перше, з дидактичними міркуваннями: терапевту-початківцю, як і клієнту на початку роботи, легше навчитись кататимному уявленню образів, коли пропонується стандартний структурований спосіб його перебування в цьому процесі. По-друге, з діагностичними – статистично доведено (Х.Льойнер та ін.), що стандартні мотиви актуалізують та відповідають універсальним, значимим для людини темам, і це полегшує терапевту орієнтування в проблематиці пацієнта та здійснення первинної експрес-діагностики.

Точкою кристалізації при використанні стандартних мотивів стає тематика конкретного мотиву; ступінь структурування у цій формі КІ переважно є значним.

В таблиці 3 подано перелік стандартних мотивів та розглянуто їх діагностичну та психотерапевтичну функції.

Стандартні мотиви та їхня спрямованість

Вступні імагінації (тестові мотиви)	Мотиви основного ступеня (актуалі- зується переважно ресурсний напрямок психотера- певтичної дії)	Мотиви середнього ступеня (актуалізується переважно напрямок психотерапевтичної дії, пов'язаний із пропрацюванням конфлікту)		Мотиви вищого ступеня (актуалізується переважно творчий, екзистенційний напрямок психотерапевтич- ної дії)
		Розкривають певні зони конфлікту	Психо- соматичні	
Спрямовані переважно на первинні діагностику та терапевтич- ний вплив	Перебування в символічних ландшафтах сприяє актуалізації почуття просторової безпеки, проясненню стосунків із первинними об'єктами, задоволенню архаїчних потреб, отриманню ресурсу, інтеграції деяких відщеплених частин психіки	Фокусують на центральных для особи конфліктних темах. Сприяють проясненню та вищенню конфліктних констеляцій, отриманню символі- зованого досвіду обходження з напругою, енергією різної якості	Спрямовані на символізацію соматичних станів, симптомів, пошук та здійснення зрілих форм взаємодії із тілесністю за принципом підключання і поваги. Сприяють терапевтичній дисоціації – перенесенню симптома з тілесного в символічний простір	Спрямовані на розвиток сили уяви, креативності у розв'язанні існуючих проблем, розвиток та диференціацію Я- функцій; пропрацювання жорстких обмежень Супер-Его. Сприяють формуванню свідомого ставлення особи до глибинного архаїчного змісту психіки, стосунків із основними екзистенціалами, трансцендентним;
Квітка, Дерево, Посудина	Луг, Струмок, Гора, Дім, Узлісся, Будівництво дому, Старовинна майстерня	Значима особа, Корова, Слон, Куш троянди, Під'їхати попутним транспортном, Лев, Дика кішка, Ідеал Я	Хмарка, Цілоще джерело, Інспекція внутрішніх частин тіла, символізація болі, подарунок, насліднячко	Печера, Вулкан, Фоліант, Проголина на болоті, Подорож до мудрого старця

Крім стандартних мотивів, наразі існує значна кількість розроблених послідовниками Х. Льюїнера мотивів, які також розкривають важливий ресурсний досвід, конфліктні теми тощо [52, 59].

Однією з важливих форм використання кататимних імагінацій є *метафоричний опис тілесних відчуттів* в роботі з соматичними проблемами, станами алекситимії, хронічним болем, фантомним болем, тілесними відчуттями ресурсу або дискомфорту тощо. Ця форма КІ широко застосовується й для опрацювання несоматичних скарг, коли будь-яка актуальна, травматична ситуація переживається в тому числі і тілесно; відповідно на сеансі ми можемо знаходити її соматичні кореляти, метафорично описувати та розкривати їх символічний сенс. Допоміжними для цього процесу інтервенціями можуть бути такі: «Якої форми це відчуття, розміру, кольору, температури тощо?», «На що це схоже?». Точною кристалізацією при використанні цієї форми КІ стає метафора пацієнта стосовно тілесних відчуттів; рівень структурування є достатньо значним. Такий вид роботи має місце в багатьох сучасних методах, в яких фокусом уваги стають емоційні проблеми та психологічні травми, психосоматичні симптоми або психотерапевтичний супровід соматичних процесів. Серед таких методів, в яких використовуються імагінації, робота з образами на основі метафоричного опису тілесних відчуттів та символізація спонтанних рухів можемо назвати: методи соматичного переживання Пітера Левіна, епістемологічної метафори Нормана Воотона, травмофокусу Томаса Вебера тощо [64; 23; 6; 7].

Форма *кататимного фантазування стосовно нічних сновидінь* є одним з ефективних способів опрацювання несвідомих змістів, які символізуються у сновидіннях. У звичайному житті ми часто фантазуємо щодо цікавих сновидінь, бажаючи ніби «переграти» неприємне чи ще раз зануритись у приємне. В КПІ ця форма фантазій використовується як одна з технічних процедур для більш глибокого та безпечного опрацювання матеріалу нічних сновидінь, коли аналітичні інтерпретації з якоїсь причини не досягають мети. Приємні сновидіння можуть також використовуватись як імагінативне «місце», де можна отримати ресурс, відпочити та набратись сил (особливо це важливо для травмованих пацієнтів). «Цікаві» сновидіння іноді спонукають

вмотивованого на дослідження внутрішнього світу пацієнта просити про процедуру КІ, щоб просунутись далі в розгадуванні своїх таємниць. Ця форма часто також використовується з пацієнтами творчих професій, які перебувають в кризовому професійному періоді та прийшли в терапію з відповідним запитом. Психотерапевт може запропонувати: «Уявіть себе в той момент/ в тому місці сновидіння, який/яке Ви щойно описали». Або менш директивно: «В якому з моментів/місць Вашого сновидіння Ви хотіли б зараз опинитись, щоб продовжити сновидіння?». Подальший терапевтичний супровід зазвичай відбувається за принципами асоціативного способу дій, хоча Х.Льойнер допускає й доволі директивне ведення пацієнта в образі. Отже, ступінь структурування у цій формі КІ може бути як значним, так і незначним; точкою кристалізації стає певний момент або місце нічного сновидіння. Х. Льойнер пропонує використовувати кататимне фантазування стосовно нічних сновидінь для опрацювання опору (коли сновидіння переривається або забувається його частина, в тому числі для роботи зі страшними сновидіннями, коли негативні емоції переривають розвиток процесу символізації).

Ще раз зазначимо, що КІ, на відміну від нічних сновидінь, відбуваються не на самоті. Діалог, підтримка терапевта дозволяють обирати відповідний станові пацієнта темп, не поспішати, але й не гальмувати занадто. Простір терапії стає перехідним простором від глибинних переживань до їх символізації. Наведемо приклад.

Пацієнтка Ф., 27 років, розказала про сон, в якому вона опинилась біля лісу, хтось дивився на неї звідти. Вона прокинулась від страху. Одночасно цей ліс притягував її увагу та цікавість. Ф. попросила продовжити цей сон на сеансі, припускаючи, що має якесь таємне бажання, яке не усвідомлює, та лякається його. У першій імагінації на тему сновидіння пацієнтка відчула себе маленькою, сховалась, тремтіла й не наважилась подивитись у сутінки лісу, як це роблять у образі за мотивом «Узлісся». Вона «перенеслась» у підлітковий вік на свій день народження, який щасливо святкувала з друзями. Така динаміка свідчила про те, що Ф. наблизилась до важливої зони власного несвідомого, але ще не готова до зустрічі з її змістами. Далі впродовж кількох місяців вона зосереджувалась на інших темах, «ходила манівцями», інколи просила ще раз додивитись сновидіння з лісом. В імагінаціях

швидко «відволікалась» від теми, потрапляла в ресурсні місця, де задовольняла свої потреби, відпочивала, набиралась сил. Згодом одного разу в сновидінні наяву пацієнтка придумала полетіти над лісом на повітряній кулі. Кругляючи, вона помітила внизу в хащах якусь істоту та наважилась скинути їй харчі. Ф. здалося, що якась волохата рука забирає шмат хліба. В обговоренні після образу вона розказала, що була вражена побаченням: не могла повірити, що чудовисько справді потребує її допомоги та приймає від неї частування. Наступного разу пацієнтка вже звично полетіла над лісом повітряною кулею та на меншій висоті, над самими верхівками дерев. Була сонячна погода пізньої весни. Ніякого руху внизу не спостерігалось, хащі вже не здавались такими темними. Над великою галявиною Ф. захотіла приземлитись, застелила скатертину та накрила стіл усілякими смаколиками; повернувшись у кишечок повітряної кулі та зависла над галявиною на висоті трьох метрів. Вона не довго чекала: із кущів з'явилась істота та з острахом наблизилась до частування. Пацієнтка знову здивувалась, помітивши слабкість і страх цієї істоти. Іншим разом Ф. повторила частування та сама лишилась на галявині. Коли істота наблизилась, пацієнтка із здивуванням розгледіла в ній занедбану здичавілу людину. Вона обережно пригощала її напоями та їжею, зустрілася поглядом і зрозуміла, що перед нею маленька дівчинка у лахмітті, нечесана та брудна. Хвиля співчуття та ніжності охопила Ф., вона доторкнулась до дівчинки, та трошки сіпнулась, але не втекла, вони обійнялись та деякий час плакали від радості. Потім разом пішли митись до струмка, пацієнтка дала дитині свій одяг, розчісувала їй та заплітала коси. Запрошувала дівчинку піти до неї жити, але та не погодилась, сказала, що колись була загубленою батьками, а тепер піде до села їх розшукувати. Вони ніжно попрощались. В обговоренні пацієнтка згадала свої відчуття самотності та загубленості, коли одного разу мама відвела її дитиною в «дурку» і лишила там на обстеження, бо вихователька у дитячому садочку сказала, що вона має незвичну поведінку. Ймовірно, цей досвід самотності та покинутості символізувала фігура лісової дівчинки, яка почувалась чудовиськом у психоневрологічній лікарні. Така серія КІ стосовно нічного сновидіння про ліс дозволила здійснити інтеграцію відщепленої

частини досвіду та подолати опір, який живився травматичною енергією дитячих емоцій, центральною з яких був страх.

Важливим способом застосування кататимних імагінацій є форма **спонтанних уявлень**. Вона стає в пригоді у випадках, коли пацієнт використовує для опису свого стану, проблеми чи ресурсу мовні образи (порівняння та метафори). Спонтанний мовний образ може відкрити шлях до глибинного переживання суті проблеми та зрушення, «розпаковку» застиглого або потенціального (ще не розвинутого) образу. Технічно під час розповіді пацієнта психотерапевт може запропонувати: «Ви могли б прямо зараз заплющити очі та уявити «___» (метафора пацієнта)?». Далі супровід здійснюється з мінімальним структуруванням як вільне асоціювання, точкою кристалізації стає спонтанний мовний образ.

Вільне асоціювання в образі. Цей процес є близьким до вільного асоціювання в психоаналізі, однак відбувається в образній формі. Х. Льюїс зазначав, що змісти уяви, які асоціативно проявляються в образі, утворюють певний процесуальний візерунок, спонтанно «кружляють» навколо ядра несвідомого конфлікту та знаходять, як писав З.Фройд, повільно, майже безпомилково, патогенну зону в її чистому вираженні [56]. Захисні процеси, опір, прагнення, страхи, патерни поведінки тощо знаходять своє символічне відображення як у змісті, так і у формі пред'явлення цього змісту. Асоціювання у психоаналізі зазвичай має лінійний характер низки ланок ланцюжка. В КІП асоціювання є багатовимірним, відбувається в просторі ландшафтів, будівель тощо, де можливо спостерігати або активно діяти. Це важлива відмінність, за якою процес асоціювання в КІП відрізняється від схожого процесу в психоаналізі. «Ефект присутності» та «ефект участі» створюють передумови для емоційного, кататимного проживання подій в образі. Несвідоме в КІ, як у «машині часу», переносить пацієнта в минуле або майбутнє, і ці події проживаються як «тепер». Такі особливості методу створюють можливість опрацьовувати травматичні ситуації та змінювати ставлення до них у суб'єктивному просторі уяви, відновлювати доступ до ресурсних ситуацій та підживлюватись доти відщепленою енергією позитивних емоцій.

Що стосується параметрів тематизації та структурування, то вільне асоціювання може здійснюватись без будь-якої зовнішньої

тематизації («точок кристалізації»), або з тематизацією (актуальний стан, назва запропонованого мотиву, тілесні відчуття або рухи, нічні сновидіння, мовні образи пацієнта); структурування в цій формі КІ є мінімальним.

Варто зазначити, що на процес асоціювання в образі впливають внутрішні інтенції пацієнта та інтервенції психотерапевта, латентні установлення свідомості, несвідомі бажання та застереження обох учасників процесу. Особистість психотерапевта впливає на те, які області несвідомого пацієнта зможуть розкритись та бути поміченими, символізованими, усвідомленими в процесі психотерапії. Саме процедура вільного асоціювання в образі з мінімальним структуруванням дає можливість виявити цей вплив та працювати з ним як проявом контрперенесення в режимі супервізій та рефлексії терапевта.

Х. Льюйнер використовував вільне асоціювання в образі як на початку своїх досліджень, так і впродовж всієї практики. Із сучасних КІ-терапевтів найбільш відомим adeptом цієї форми роботи є Хайнц Хенніг, психоаналітик, представник Середньонімецького товариства КІП. Численні його послідовники також надають перевагу вільному асоціюванню в образах та майже не застосовують в КІП стандартні мотиви та малювання образів [56; 40].

Завершальний етап терапії зазвичай присвячується фіксації та закріпленню особистісних досягнень пацієнта, темам сепарації, здатності до самостійного функціонування, планам. На цьому етапі часто виникає сепараційна тривога, може мати місце «відкочення» на попередні етапи роботи, регресія у зв'язку з очікуваною втратою об'єкту.

Доцільно пропонувати мотиви, пов'язані з розлукою, прощанням, збільшенням відстані: «Відплиття корабля в далеке плавання», «Хмарка», «Далека подорож», «На десять років старше» тощо.

Відтермінований етап терапії. Окрім особистісних здобутків, надбаних впродовж психотерапії, у своєму подальшому житті пацієнт може за необхідності застосовувати отримані технічні навички уявлення образів для регулювання своїх станів. На цьому етапі можливе епізодичне листування з пацієнтом, телефонні розмови та інші контакти в межах етичних принципів психотерапії.

2.2. Етапи роботи безпосередньо на окремому сеансі

Сеанс КІП зазвичай триває 50 хвилин. На імагінацію відводять від 2-3 до 30-40 хвилин. Закінчувати її потрібно не пізніше, як за 10 хвилин до завершення сеансу. Під час сеансу пацієнт лежить на кушетці або сидить у кріслі, а психотерапевт займає місце біля узголів'я кушетки або під кутом до крісла пацієнта. На початку сеансу імагінації психотерапевт просить пацієнта зручно влаштуватися, розслабитися (можна застосовувати прийоми нетривалої релаксації) та уявити собі який-небудь образ. Залежно від цілей, етапу терапії та структури особистості пацієнту пропонують вступну імагінацію, стандартний мотив або вдаються до методу вільних асоціацій тощо. Наприклад: «Чи могли б Ви уявити собі квітку? Будь-яку квітку, яку коли-небудь бачили, або малює Ваша уява... Розкажіть, що Ви уявляєте? Усе, що Ви уявили, це добре, ми можемо працювати з будь-яким образом». Після імагінації відбувається коротке обговорення, присвячене емоційному стану пацієнта впродовж та після образу. Пацієнту пропонують також намалювати свій образ. Більш глибоке обговорення образу та малюнку, аналітичне опрацювання зазвичай відбувається на наступних сеансах.

Отже, як бачимо, окремий сеанс може мати різну структуру: з використанням кататимних імагінацій або без них.

Таблиця 4.

Приблизна структура психотерапевтичного сеансу в межах основного ступеня КІП

	Бесіда	Розслаблення	Імагінація	Вихід із образу	Коротке обговорення	Малювання
Сеанс з імагінацією	Попередня бесіда: обговорення актуальної ситуації, запиту, подій дитинства, стосунків, сетінгу; опрацювання малюнка з минулого сеансу, перенесення та опору; інші теми	Без образів, через тілесні відчуття	Мотиви: Квітка Луг Струмок Гора Узлісся Дім. Вільні асоціації	Через тілесні відчуття	Як Ви себе почуваете? Чи було у Вашому образі щось неприємне? Що в образі було найприємнішим? Чи було щось дивне, несподіване, незвичайне, вражаюче? Що було найважливішим?	Дома; інколи – на сеансі
Сеанс без імагінації	Робота з актуальним станом, запитом, сетінгом, перенесенням та опором; обговорення подій дитинства, стосунків, інших тем; опрацювання малюнка з минулого сеансу; «мовчазні сеанси»					

3. Спеціальні методичні навички КІП-терапевта.

До цієї теми ми відносимо особливі професійні переконання та навички, які формуються у психотерапевта КІП протягом навчання та практикування методу під супервізійним супроводом та працюють як певні алгоритми мислення, реагування та управління власними станами під час роботи з пацієнтами. Вони включають такі концепти та навички:

- терапевтичне розуміння символів та символізації (використання психотерапевтичної моделі символізації), (див. 3.1.)
- знання і володіння спектром терапевтичних інтервенцій (див. 3.2.), а саме:
 - різними стилями супроводу пацієнта під час імагінацій (див. 3.2.1.);
 - техніками поводження з символічними образами (формулювання, що відповідає терміну «режисерські принципи» за Х.Льойнером) (див. 3.2.2.).

3.1. Терапевтичне розуміння символів та символізації

Терапевтичне розуміння феномену символізації є однією із основних вимог до професійної зрілості КІП-терапевта.

В сучасній культурі вирізняють принаймні два способи розуміння символу: у вузькому сенсі (як в математиці) – це скорочене позначення, знак; у більш широкому – це образ чи річ, які вказують на щось більше, часто – втаємничене.

Розуміння символу у глибинній психології, як зазначає Х. Льойнер, займає особливу позицію в теорії символізму [25; 22]. У психоаналітичних текстах зазвичай символом називають образ або симптом, які у непрямий спосіб вказують на певні *витіснені* спогади, неусвідомлені переживання - часто конфліктні, травматичні [25; 56]. З.Фройд вперше застосував це слово для опису проявів психічних конфліктів у сновидіннях [37]. В психоаналізі вважається, що «виникнення символу», тобто здійснення символізації, зменшує напругу, яка виникає в результаті внутрішньоособистісних конфліктів. Отже, те, що витіснено, потребує символізації. Тілесні функції при цьому розглядаються як

один з основних об'єктів символічного вираження глибинно-психологічних процесів [25].

Розглядаючи поняття символу в глибинно-психологічному аспекті, Х.Льойнер аналізує дві психоаналітичні теорії: про *філогенетичне* та *онтогенетичне* походження символів у сновидіннях. Архаїчний, філогенетичний, спадок зберігається в мові, мистецтві та інших культурних артефактах (легенди, казки, пісні, візерунки, пам'ятки тощо) [37; 45; 25]. У процесі індивідуального, онтогенетичного розвитку символи утворюються завдяки *інтеріоризації* (лібідізації за Ш. Ференці, темпоралізації простору за А. Бергсоном) [36; 2] та подальшого *витіснення*: спочатку дитина «виносить назовні» свої важливі переживання і стає здатною помічати серед оточуючих предметів певні їх відповідники, потім під тиском культури вона змушена «приховувати» деякі зі своїх первинних переживань, а зовнішній образ чи предмет (відповідник) наділяється нею додатковим значенням та наповнюється лібідонозно, в результаті цей образ або предмет стає символом витісненого [36; 25].

Особливе значення для розуміння символізації в КІП загалом та в роботі з психосоматикою зокрема, є дослідження Х. Зильберера та подальша їх інтерпретація Х.Льойнером [56; 25; 61; 62]. Х. Зильберер практикував візуалізацію у станах втоми, сонливості чи при тілесному нездужанні та впізнавав відповідники своїх фізичних станів в символіці образів. Дослідник назвав такий процес «аутосимволічним» або «пороговою символікою» [54; 55] Х. Льойнер у своїй роботі про експериментальний психоз показав, що таким чином у сновидіннях наяву розкривається самосприйняття візерунку внутрішніх напружень динамічної системи людини. Особливо важливим в нашому контексті є той факт, що відповідні переживання та фізичні відчуття не обов'язково підлягають витісненню, а змісти імагінацій у зв'язку з цим «не мусять» бути несвідомими [25]. Отже, виникає ще одна констеляція в психотерапевтичному розумінні символів – це зв'язок певних образів з відчуттями, які не є в цей момент в полі уваги, не усвідомлюються, але і не є витісненими у несвідоме.

Х. Льойнер описує власний метод тлумачення символів, враховуючи психоаналітичні концепції та спираючись на феноменологічний підхід М. Босса, а також на досягнення гештальт-

психології [56; 24; 4]. Цей метод полягає в тому, що символ розглядається у своєму безпосередньому екзистенційному, такому, що має відношення до дійсності, значенні. Кожен символ за Х. Льюїнером, слід розуміти в контексті його власної мови образів. Ця мова складається не тільки зі змісту сновидіння або імагінації пацієнта, а й з того емоційного тону, супутньої міміки, жестів та інших невербальних складових, які супроводжують уявлення образу [24]. Завдяки виділенню чітких психологічних ознак для кожного символу (якостей гештальту) [46] стає можливим точно розуміти суб'єктивні семантичні змісти, які включає для пацієнта символ. «Властивості або якості гештальту чи сутності наче утворюють для нас місточок між символом та внутрішнім душевним станом сновидця, який втілюється у символі» [24] Як внутрішньому стану, так і символу властива певна структура впорядкування, яка об'єднує їх в якості організаційного принципу з високою точністю та виразністю [24]. Таким чином, Х. Льюїнер висуває тезу про наявність *структурної ідентичності символічних проявів та внутрішнього психічного стану*.

Ще одна методично важлива теза підходу Х. Льюїнера до інтерпретації символу полягає в тому, що він говорить про доцільність використання як *об'єктного*, так і *суб'єктного* рівнів розгляду сновидінь наяву (поєднання точки зору З. Фрейда стосовно об'єктного рівня тлумачення сновидінь з поглядами К. Юнга стосовно суб'єктного аспекту їх інтерпретації).

Узагальнюючи розуміння символу в різних психодинамічних контекстах і насамперед у дослідженнях Х. Льюїнера, ми бачимо, що в КІП використовується широке, але структурно-топологічно чітке розуміння *символу* – як *зв'язку чогось явного, з чимось неявним, прихованим, втаємниченим*, коли образ, зображення, тілесне відчуття або рух, поведінковий патерн, констеляція фігур на малюнку тощо (зміст символічних проявів) *вказують* на внутрішній об'єкт, конфлікт, бажання, переживання, захисні механізми тощо (зміст прихованого в символі). При цьому *структура* символічних проявів та внутрішнього світу переживань – співпадають. Наочне представлення розуміння символу в КІП подається в Таблиці 5.

Таблиця 5.

Співвідношення топології та структури і змісту символу в КІП

	топологія символу	структура символу	зміст символу
Символ	простір явного в символі	<i>мова образів</i>	
		структура символічних проявів (зв'язки частин в символічних проявах)	символічні прояви : образи, зображення, тілесне відчуття або рухи, поведінкові патерни, емоційні прояви, констеляції фігур на малюнку тощо
	зв'язок явного і неявного  		
	простір прихованого (неявного) в символі	структура внутрішнього світу переживань (зв'язки між різними аспектами внутрішніх станів)	прихований зміст символу: внутрішні об'єкти, бажання, конфлікти, переживання, захисні механізми тощо

В таблиці 5 показано, що символ в КІП є зв'язком між світом явного та світом неявного; вирізняються топологія символу, його структура та змісти. Графічно представлені тези про те, що внутрішній світ переживань структуровано як його символічні прояви (переживання людини екстеріорізуються /зображено стрілкою вверх/, зберігаючи внутрішню структуру), та про те, що символічні прояви вказують /зображено стрілкою вниз/ на приховані змісти символу (символічні прояви можуть бути інтеріоризованими, кататимне проживання символу буде здійснюватись в цей момент).

3.2. Терапевтичні інтервенції

3.2.1. Стили супроводу в КІП

Вступний (початковий) супровід (термін у U. Bahrke, K. Nohr; за Х.Льойнером – тренуючий, навчальний стиль ведення) – стиль інтервенцій, який використовується на початку роботи, під час першого досвіду сновидіння наяву. Цей стиль характеризується щільністю супроводу, обережним структуруванням імагінативного процесу, підтримкою та заохоченням пацієнта. Психотерапевт приділяє увагу деталям, розпитує про сюжетні подробиці образу, про емоції і почуття, які його супроводжують, піклується про пацієнта, пропонує йому відчутти та здійснити свої бажання.

Надалі стиль супроводу залежить від етапу роботи, актуального стану та структури особистості пацієнта, його запиту тощо. При цьому виділяють *протекційний*, *структурувальний* стиль; *конфронтаційний* стиль, що може включати більш чи менш значне структурування; стиль *«асоціативного образу дій»*, коли структурування є мінімальним. Всі названі стилі ґрунтуються на уважному, доброзичливому, шанобливому ставленні до пацієнта, однак всі вони (окрім першого) допускають конфронтацію з симптомом. Охарактеризуємо кожний із виділених стилів інтервенцій більш детально, орієнтуючись переважно на етап роботи, а також виокремлюючи настановлення терапевта, якими він керується.

Протекційний стиль. Зазвичай має місце на початку роботи і відповідає основному ступеню КІП. Застосовуючи цей стиль, психотерапевт певним чином структурує простір імагінації, упорядковує його і ніби бере на себе піклувальну батьківську функцію, цим самим сприяє психотерапевтичній регресії пацієнта. Разом із вищезазначеними особливостями стилю, психотерапевт керується у даному процесі наступними терапевтичними настановленнями:

- убезпечення пацієнта та заступництво;
- сприяння психотерапевтичній регресії;
- поступовість у опрацюванні позасвідомого матеріалу пацієнта, починаючи з поверхневих його шарів;

- сприяння асиміляції «ворожих» інтроєктів, що з'являються в образах пацієнта, інтеграції його психіки;
- активізація креативних здібностей пацієнта в КІ, підкріплення його творчих рішень, підбадьорення;
- співучасть і співпереживання пацієнтові, емпатія;
- стриманість у тлумаченні змісту імагінації;

Конфронтаційний стиль. Передбачає зменшення протекційного і захисного аспектів у супроводі та збільшення конфронтувального. Цей стиль більше відповідає середньому і вищому ступеням КІП, де пацієнт користується більшою свободою, правом ризикувати, заохочується його самостійність та відповідальність у небезпечних ситуаціях.

Застосовуючи цей стиль, психотерапевт керується наступними терапевтичними настановами:

- орієнтація на фокусування конфліктів і конфронтацію пацієнта з патологічними патернами поведінки і неінтегрованими частинами особистості;
- підтримка індивідуальної свободи пацієнта в розвитку імагінативних картин і вербалізації їхнього змісту, а також у творчих пошуках і рішеннях;
- створення можливостей для прояву експансивних, в тому числі деструктивних імпульсів пацієнта, вираження ним негативних емоцій і почуттів; на вищому ступеню може мати місце посилення конфронтації з метою опрацювання глибоко витіснених агресивних імпульсів пацієнта і пов'язаних з ними емоцій;
- сприяння інтеграції психіки пацієнта на основі конфронтації і перетворення символічних фігур;
- співучасть і співпереживання пацієнтові, емпатія;
- орієнтація на психоаналітичне пропрацювання і роботу з перенесенням;
- на вищому ступені – орієнтація на екзистенційне опрацювання;

Стиль «асоціативного образу дій», як вже зазначалося вище, є близьким до процесу вільного асоціювання в психоаналізі. Переважно застосовується на тому етапі роботи, коли пацієнт вже

засвоїв навички імагінування і має досвід креативного розкриття у цьому процесі. Стиль характеризується мінімальним структуруванням (аж до нуля-структурування), наданням пацієнту високої міри свободи, покладанням на його самостійність і відповідальність. Разом з тим і за цією технікою терапевт не втрачає контакту з пацієнтом, позначаючи свою присутність і увагу до процесу імагінації короткими словами та звуками: «Мг», «Так» тощо, інколи уточнюючими питаннями, повторенням останніх слів пацієнта, репліками, що підтримують, розкривають перспективу.

Застосовуючи цей стиль, психотерапевт керується наступними терапевтичними настановами:

- максимальне розширення простору для проєкцій пацієнта, підтримання його індивідуальної свободи в розвитку імагінативних картин, творчих пошуках, рішеннях і діях;
- допущення появи загрозливих, небезпечних ситуацій, в яких діють «ворожі» символічні фігури;
- сприяння прояву експансивних, агресивних (в тому числі аутоагресивних) імпульсів пацієнта;
- повсякчасне оцінювання ступеню небезпеки для пацієнта (у зв'язку з вивільненим страхом та іншими негативними почуттями) та доречне втручання для дозування його переживань з тим, щоб їхній зміст міг бути інтегрованим;
- налаштування терапевта на необхідність терпіння, виявлення достатньої впевненості, мужності і здатності витримувати самому небезпечні для пацієнта ситуації в образі;
- співучасть і співпереживання пацієнтові, емпатія;
- орієнтація на психоаналітичне та КІ-пропрацювання і роботу з перенесенням;

3.2.2. Техніки поводження із символічними образами

Свого часу Х.Льойнер назвав такі техніки «режисерськими принципами» і передав їхній зміст за допомогою низки промовистих метафор. Так, у межах основного ступеню, коли пацієнт зустрічається в образі із символічними фігурами, які поводять себе недоброзичливо чи вороже стосовно нього, застосовуються принципи *«годування та насичення»*; *«примирення та ніжних*

обіймів». Сенс застосування цих принципів полягає у наступному: терапевт припускає, що ці фігури можуть символізувати певні відщеплені тенденції спонукань і бажань пацієнта, і, отже, на основному ступені потребують скоріше поступової їх інтеграції, ніж, наприклад, втечі від них, чи зустрічних агресивних дій. У зв'язку з цим інтервенції терапевта спрямовуються на пошук пацієнтом засобів приваблення та задоволення символічної фігури (годування, насичення), на основі яких може відбутися примирення і дружній контакт (або ніжні обійми), тобто певна інтеграція.

Режисерськими принципами, що застосовуються на середньому ступені, є *«внутрішній провідник»* і *«конфронтація символів»*. Що стосується першого, то провідник може з'явитись спонтанно в образі пацієнта або бути індукованим терапевтом. Зазвичай це позитивна символічна фігура, яка допомагає пацієнтові в образі: може щось радити, сприяти у доланні перешкод та віднайденні креативних рішень, спонукати до дій. Фігура провідника нерідко символічно пов'язана з образом психотерапевта (див. приклад з пацієнткою А.), який у внутрішньому світі пацієнта представлений як інтроект.

Принцип *«конфронтації символів»* є одним із основних засобів для опрацювання інфантильних об'єктних стосунків. Конфронтація в образі здійснюється зазвичай із недоброзичливими або ворожими символічними фігурами, які можуть бути викликані відповідними темами мотивів або з'явитися спонтанно. Суть техніки конфронтації полягає у детальному розгляданні недоброзичливої фігури та інтер'єру, в якому вона з'явилась, опису емоційного фону, що супроводжує картину. При цьому нерідко вивільняються сильні афекти, що переживаються пацієнтом у всій їх повноті. В результаті відбувається нейтралізація символічної фігури через її послаблення або трансформацію таким чином, що вона втрачає свою загрозливість, недоброзичливість, ворожість.

На вищому ступені, за Х. Льюїнером, застосовуються режисерські принципи *«вимотати і доконати»*, *«магічні рідини»*. Стосовно першого з цих принципів, то терапевт, використовуючи його, підхоплює сильні агресивні імпульси пацієнта (анально- та орально- садистичного характеру) і дає їм розвинутися в імагінативних пробних діях. Символічні фігури доводяться пацієнтом певною послідовністю дій до стану виснаження, в

результаті чого врешті-решт відбувається нейтралізація їх ворожості. Х. Льюїнер застерігав проти використання цього принципу щодо важливих об'єктних репрезентацій – значимих фігур, таких, як батьки, інші рідні люди, тому що це може викликати почуття провини та збільшувати напруження в реальному спілкуванні з близькими або асоціюватись з актами аутоагресії.

Що стосується принципу «магічних рідин», то Х.Льюїнер виокремив його в результаті спостережень за спонтанним використанням в сновидіннях наяву таких рідин, як *вода, слина, материнське молоко, сеча* для цілющої дії у випадках психосоматичних порушень, розладів, або для нейтралізації «ворожих» символічних фігур. Х.Льюїнер зазначав, що раціонально пояснити дію цих рідин неможливо і проводив у цьому випадку паралелі із засобами натуропатії і магічних практик [56].

Завершуючи розгляд терапевтичних інтервенцій в КІП, важливо ще раз акцентувати, що в сучасних дослідженнях переглядаються деякі з термінів уведених Х.Льюїнером, пропонуються нові формулювання (Див. розділ І.6.). Значною мірою це стосується такої сфери методу як техніки терапевтичних інтервенцій. В таблиці 6 представлені деякі з нових формулювань у їх смисловій відповідності традиційним.

Таблиця 6.

Співвідношення ступенів КІП та терапевтичних інтервенцій

Ступені КІП та терапевтичні інтервенції (стилі супроводу та техніки поводження із символічними образами)		Техніки поводження із символічними образами		
		за Х.Льюїнером	за У.Барке, К.Нор	пояснення У.Барке, К.Нор
Ступені КІП та стилі супроводу.	Основний ступінь. Вступний і протекційний стилі супроводу.	режисерські принципи	техніки інтервенцій	узгодження, упорядкування процесу психотерапії
		Годування і насичення; примирення та ніжні обійми.	Підтримування позитивних контактів із символічними фігурами.	Інтеграція відщеплених частин самості; послаблення захисних імпульсів, що обмежують; таке поводження з негативними інтроектами, що регулює дистанцію, сприяє примиренню

	Середній ступінь. <i>Протекційний, конфронтаційний та «асоціативного образу дій» стилі супроводу.</i>	<i>Внутрішній провідник</i>	<i>Використання допоміжної функції «Я».</i>	<i>Репрезентація ідеалу «Я», який проекується на певний символ; активізація «добрих» внутрішніх об'єктів;</i>
		<i>Конфронтація символів</i>	<i>Фокусування</i>	<i>Усвідомлення і пропрацювання центрального конфлікту</i>
	Вищий ступінь. <i>Конфронтаційний та «асоціативного образу дій» стилі супроводу.</i>	<i>Вимотати і докнати</i>	<i>Не використовується</i>	—
		<i>магічні рідини</i>	<i>Використання допоміжної функції «Я»</i>	<i>Репрезентація ідеалу «Я», який проекується на певний символ; активізація «добрих» внутрішніх об'єктів;</i>

Загалом таблиця 6 присвячена розгляду співвідношення ступенів КІП та психотерапевтичних інтервенцій. Вона показує, по-перше, які стилі супроводу та техніки поводження із символічними образами переважно застосовуються на основному, середньому та вищому ступенях КІП. По-друге, в ній присутні нові формулювання терапевтичних інтервенцій. І якщо певні уточнення в назвах стилів супроводу наведені нами при їх описі вище (3.2.1), то, надаючи у таблиці техніки поводження із символічними образами (а стосовно них нововведень запроваджено більше), ми наводимо поруч із звичними традиційними формулюваннями Х.Льойнера «режисерських принципів» нові формулювання, їх авторів та зроблені ними пояснення щодо цих технік.

Висновки. Впровадження методу кататимно-імагінативної психотерапії в Україні вимагає уваги до особливостей його викладання, оскільки в результаті навчання має бути забезпечена підготовка професіоналів-психотерапевтів з КІП за тими стандартами, які прийняті в європейській психотерапевтичній спільноті.

В результаті наукової рефлексії власного досвіду викладання і практикування методу КІП, а також проведених нами досліджень встановлено, що при навчанні методу за існуючими досі у вітчизняному просторі схемами у студентів виникають прогалини у його засвоєнні — недостатнє володіння теоретичною концепцією КІП, складнощі у розумінні деяких понять, нечіткість у застосуванні методики КІП, використанні терапевтичних інтервенцій тощо. Крім того, недостатньо враховується соціокультурна специфіка у

застосуванні методу, яка спонукає до вибору адекватних особливостям вітчизняних клієнтів мотивів КІП, стилю і стратегій в імагінативному процесі, моделей психотерапевтичної допомоги.

З огляду на встановлені дані, нами здійснено аналіз основоположних праць з кататимно-імагінативної психотерапії Х. Льюїнера та його послідовників, а також досліджень вітчизняних фахівців з метою узагальненого, системного і послідовного викладу основних теоретичних і методичних положень КІП як сучасного психодинамічного методу. Отже, в статті представлено:

- історичний екскурс з означенням витоків та передісторії КІП;
- теоретичну концепцію КІП з виокремленням її суттєвих ознак та ключових теоретичних положень;
- порівняння кататимно-імагінативної психотерапії з класичною психоаналітичною психотерапією, вирізнення та опис їх спільних та специфічних саме для КІП особливостей;
- показання та протипоказання у застосуванні кататимно-імагінативної психотерапії;
- сучасні тенденції в розвитку КІП;
- соціокультурну специфіку у застосуванні кататимно-імагінативної психотерапії у вітчизняному просторі;
- сфери застосування КІП за критерієм тривалості та формою роботи;
- загальну методику індивідуальної кататимно-імагінативної психотерапії — структурні аспекти впорядкування психотерапевтичного процесу як в перспективі всієї психотерапії, так і окремого сеансу; процедурні аспекти терапії, перелік та функції стандартних мотивів, особливості інших форм кататимних імагінацій тощо;
- спеціальні методичні навички КІП-терапевта: терапевтичні розуміння символів та символізації та застосування терапевтичних інтервенцій — стилів супроводу в КІП і технік поводження із символічними образами.

Зважаючи на закладений у роботі аспект розроблення ефективної методики викладання кататимно-імагінативної психотерапії, тобто знаходження відповідної змістові форми викладу матеріалу (стисла, системна, логічна і ясна), в статті використано конспективну з елементами наочності (таблиці, схеми,

малюнки, фотографії) та прикладами і коментарями форму організації тексту.

Список використаних джерел

1. Барке У. Психотерапия действует – посредством чего помогает кататимно-имагинативная психотерапия? Размышления о действующих факторах психотерапии / Ульрих Барке // Кататимно-имагинативная психотерапия как психодинамическая образная психотерапия / Ульрих Барке. – Москва: Издательский дом «Атмосфера», 2008. – С. 61–79.
2. Бергсон А. Опыт о непосредственных данных сознания. / Анри Бергсон. – Москва: Московский клуб, 1992. – 224с.
3. Брейер Й., Фрейд З. Исследования истерии / Й. Брейер, З. Фрейд // Фрейд З. Собр. соч.: в 26 т. / Й. Брейер, З. Фрейд. – Санкт-Петербург: ВЕИП, 2005. – С. 397.
4. Босс М. Влияние Мартина Хайдеггера на возникновение альтернативной психиатрии / Медард Босс. // Логос. – 1994. – №5. – С. 88–100.
5. Вильке Э. Стили проведения психотерапевтической работы в символдраме / Эберхард Вильке // Типология личности в символдраме и других методах психотерапии. Сборник научных работ / Эберхард Вильке. – Ставрополь: Графа, 2009. – С. 6–13.
6. Воотон Н. Введение в эпистемологию метафоры. Работа с соматическими расстройствами [Электронный ресурс] / Норман Воотон // "КЛАСС" М. – 1999. – Режим доступа до ресурсу: www.psybooks.ru.
7. Воотон Н. Метафоры движения. [Электронный ресурс] / Норман Воотон // "КЛАСС" М. – 2006. – Режим доступа до ресурсу: <http://www.psybooks.ru/video/id/175/>.
8. Гребінь Л. О. Феномен поваги/неповаги як соціокультурний чинник надання психотерапевтичної допомоги в структурно-психодинамічному підході. Глава 9 // Методичні рекомендації щодо врахування соціокультурних чинників в теорії та практиці психотерапевтичної допомоги особистості / [за редакцією З. Г. Кісарчук]. — Кіровоград: «ІМЕКС-ЛТД», 2013. – С. 137-152.
9. Гребень Л. А. Символдрама как психотерапевтический метод работы с семьей // Актуальні проблеми психології. Том III.: Консультативна психологія і психотерапія : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України / За ред. Максименка С.Д. – Інститут психології ім.Г.С.Костюка НАПН України; - Міленіум, 2003. – Вип.2. – С.41-48.

10. Дезуаль Р. Направленное фантазирование / Роберто Дезуаль // К.Г. Юнг и современный психоанализ / Роберто Дезуаль. – Москва: ЧеРо, 1996. – (Хрестоматия по глубинной психологии). – С. 115–153.
11. Йога [Електронний ресурс] /Йога – Режим доступу: <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%99%D0%BE%D0%B3%D0%B0>
12. Кататимно-імагинативна психотерапія як психодинамічна образна психотерапія: Сборник статей / Под ред. Сададьської Е.В. – Вип. 1. – М.: Издательский дом «Атмосфера», 2008. – с. 10-25.
13. Кісарчук З. Г., Гребінь Л. О., Омельченко Я. М. Кататимно-імагинативна психотерапія / З. Г. Кісарчук, Л. О. Гребінь. Я. М. Омельченко // Основи психотерапії : навч. посіб. / В. І. Банцер, Л. О. Гребінь, З. В. Гривул [та інш.] ; під заг. ред. К. В. Седих, О. О. Фільц, Н. Є. Завацька. — Полтава : Алчевськ : ЦПК, 2013. — 329 с. — С. 73-97.
14. Кісарчук З. Г., Гребінь Л. О., Омельченко Я. М. Кататимно-імагинативна психотерапія як метод допомоги постраждалим дітям/ З. Г. Кісарчук, Л. О. Гребінь. Я. М. Омельченко //Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки : методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, І.М. Біла., Г. П. Лазос ; за ред. З. Г. Кісарчук. – К.: Логос. – 2016 – 232 с.
15. Кісарчук З. Г., Лазос Г. П. Модель корекції негативних переживань підлітків засобами кататимно-імагинативної психотерапії як глибинно зорієнтованого методу / З. Г. Кісарчук, Г. П. Лазос // Актуальні проблеми психології [Т.3 : Консультативна психологія і психотерапія] : зб. наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. : С. Д. Максименка, З. Г. Кісарчук. — К. : Ін-т психології імені Г. С. Костюка НАПН України; Видавець ПП Лисенко М. М., 2010. – Вип.7. – С. 189–211.
16. Кісарчук З. Теоретичні та технологічні аспекти застосування сучасних методів психодинамічної парадигми у вітчизняних соціокультурних умовах // Актуальні проблеми психології. Том III. : Консультативна психологія і психотерапія : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України / За ред. Максименка С.Д. – Інститут психології ім.Г.С.Костюка НАПН України; – К.: Логос, 2014. – Вип.10. – С.5-20.
17. Кісарчук З., Лазос Г. Кататимно-імагинативна психотерапія: теоретичні та технологічні аспекти застосування у вітчизняному психотерапевтичному просторі // Теорії і технології застосування сучасних підходів до психотерапії у вітчизняних соціокультурних умовах: монографія / З.Г.Кісарчук, Я.М.Омельченко, Г.П.Лазос та ін.; за ред. З.Г.Кісарчук. – К. – Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2014. С. 8-37.
18. Козлов В. В., Карамішев А. А.. Шаманізм: онтологія, психологія,

- психотехніка, 2011 [Електронний ресурс] / Шаманізм – Режим доступу: http://psih.pp.ua/p202_%_2011.html
19. Крижанівський О. П. Історія стародавнього Сходу: Курс лекцій. — Київ.: Либідь, 1996. — 590с.
 20. Лазос Г.П. Технології застосування групової кататимно-імагінативної психотерапії (ГКП) у роботі з підлітками / Г.П.Лазос // Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія № 12. Психологічні науки: Зб. наук. праць. — К.: НПУ імені М.П.Драгоманова, 2014. — С. 99-108.
 21. Лазос Г.П. Соціокультурна специфіка у використанні в роботі з підлітками символдраматичного тесту-мотиву «Три дерева» // Теорії і технології застосування сучасних підходів до психотерапії у вітчизняних соціокультурних умовах: монографія / З.Г.Кісарчук, Я.М.Омельченко, Г.П.Лазос та ін.; за ред. З.Г.Кісарчук. — К. — Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2014. С. 38-58
 22. Лапланш Ж., Понталіс Ж.-Б. Л 24 Словарь по психоанализу / Пер. с франц. Н.С. Автономовой. — М.: Высш. шк., 1996. — 623 с.
 23. Левин, П.А. Пробуждение тигра—исцеление травмы. Природная способность трансформировать экстремальные переживания : [пер. с англ.] / Питер А. Левин, Энн Фредерик; науч. ред. Е.С. Мазур. — М.: АСТ, 2007. — 316с.
 24. Лейнер, Ханскарл: Кататимное переживание образов: Основная ступень; Введение в психотерапию с использованием техники сновидений наяву; Семинар. — М.: Эйдос, 1996. — 253 с.
 25. Лейнер Х. Основы глубинно-психологической символики // Символдрама. Сборник научных трудов / Под ред. Я.Обухова, В.Поликарпова. Мн.: Европейский гуманитарный университет, 2001. — С. 246-269.
 26. Медитации в индуизме [Електронний ресурс] / Медитации – Режим доступу: <http://all-yoga.ru/page/meditacii-v-induizme>
 27. Омельченко Я. Колискові пісні як засіб відновлення базової рівноваги травмованих дітей // Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки : методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, І.М. Біла., Г. П. Лазос ; за ред. З. Г. Кісарчук. — К.: Логос. — 2016 — 232 с.
 28. Первісні форми релігії // Релігієзнавство: Навчальний посібник. 2-ге вид. / За ред. Мозгово— Р 36 го Л. І., Бучми О. В. — К.: Центр учбової літератури, 2008. — 264 с.
 29. Печій П. Символдрама в кризовій інтервенції / Петро Печій // Форум психіатрії та психотерапії. — Том 7. — Львів, 2012. — С. 84-89
 30. Програма підготовки фахівців за напрямом: "Психодинамічна психотерапія з використанням кататимних

імагінацій" [Електронний ресурс] /Кісарчук З., Гребінь Л. – Режим доступу:
<https://www.facebook.com/groups/404953356199183/1808840482477123/>

31. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій. Методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : ТОВ “Видавництво “Логос”. – 207 с
32. Садальская Е. Перспективы развития кататимно-имажинативной психотерапии: от сновидений наяву к психодинамической образной психотерапии // Кататимно-имажинативная психотерапия как психодинамическая образная психотерапия: Сборник статей / Под ред. Садальской Е.В. – Вып. 1. – М.: Издательский дом «Атмосфера», 2008. С. 61-79
33. Стародавній Єгипет: жерці, їх знання та роль у житті держави. Якими знаннями володіли єгипетські жерці? [Електронний ресурс] /Стародавній Єгипет – Режим доступу: Джерело: <http://faqukr.ru/osvita/30496-starodavnij-egipet-zherci-ih-znannja-ta-rol-u.html>
34. Трансцендентальна медитація [Електронний ресурс] /Медитація – Режим доступу: <https://ru.wikipedia.org/wiki/>
35. Уайт Д. М. Индейцы Северной Америки. Быт, религия, культура [Електронний ресурс] /Джон Уайт – Режим доступу: <https://www.indiansworld.org/indeyskayamedicina.html#.WthV4dSLSXU>
36. Ференци, Ш. Собрание научных трудов. — Ижевск: ERGO, 2013. — XIV, – 386с.
37. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции \Пер. с немецкого Г.В. Барышниковой; Лит. ред. Е.Е. Соколовой, Т.В. Родионовой – Москва: Наука, 1989 – с.456
38. Хайгл-Эверс А. и др. Базисное руководство по психотерапии //СПб.: Речь, Восточно-Европейский институт психоанализа. – 2002. – 784с.
39. Хенниг Х. О динамике слова и образа в аналитическом процессе – размышления об определении места кататимно-имажинативной психотерапии (КИП) //Кататимно-имажинативная психотерапия как психодинамическая образная психотерапия: Сборник статей / Под ред. Садальской Е.В. – Вып. 1. – М.: Издательский дом «Атмосфера», 2008. С. 61-79
40. Хенниг Х., Фикенчер Е., Барке У., Розендаль. Отношения и терапевтические имажинации. Кататимно-имажинативная психотерапия как психодинамический процесс, 2010.
41. Хорн Г., Шесть этапов развития ребенка в зеркале

- символдрамы. (Выступление на Международном симпозиуме по проблемам психотерапии и профилактики психических нарушений у подростков, г. Калуга, октябрь 1997 г.) // Символ и Драма. Сборник статей. – Харьков: Регион-информ, 2000, № 1 (1), - С. 18-32
42. Шевченко Н.Ф. Психологічна допомога хронічно соматичним хворим: досвід використання методу символдрами // Актуальні проблеми психології. Том. 3.: Консультативна психологія і психотерапія: Зб. Наукових праць Інституту психології ім.Г.С.Костюка АПНУ / За ред. Максименка С.Д., Кісарчук З.Г. – Ніжин: МІЛАНІК, 2007. – Вип.4. С.194-202
 43. Шльонська О.О. Використання кататимно-імагінативної психотерапії в роботі з батьківською групою // О.О.Шльонська / // Актуальні проблеми психології. Том III. : Консультативна психологія і психотерапія : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України / За ред. Максименка С.Д. – Інститут психології ім.Г.С.Костюка НАПН України; - Видавець Лисенко М.М., 2007. – Вип.4. – С.225-235.
 44. Шумакова Л.П. Кататимне переживання образів як метод психодіагностики та психокорекції сімейних стосунків // Актуальні проблеми психології. Том III.: Консультативна психологія і психотерапія : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України / За ред. Максименка С.Д. – Інститут психології ім.Г.С.Костюка НАПН України; – Міленіум, 2003. – Вип.2. – С. 138-145.
 45. Юнг К. Г. Аналитическая психология: теория и практика. Тавистокские лекции //СПб.: Издательский Дом «Азбука-классика. – 2007 – 240с.
 46. Arnheim R. Visual thinking. Berkeley and Los Angeles: California UP, 1967
 47. Bahrke U., W. Rosendahl Psychotraumatologie und Katathym-imaginative Psychotherapie
U. Bahrke, W. Rosendahl (Hrsg.)
2001 Pabst, Lengerich (травма)
 48. Frank,L.:Affektstörungen. Studien über ihre Ätiologie und Therapie. Julius Springer Verlag, Berlin 1913
 49. Happich, C.: Das Bildbewußtsein als Ansatzstelle psychischer Behandlung. Zbl. Psychother. 5 (1962) 633
 50. Hennig H. Zum Übertragungs-und Gegenübertragungsprozeß in der Katathym Imaginativen Psychotherapie1 //www. oegatap. at. – С. 7.
 51. Hennig H., E. Fikentscher, U. Bahrke, W. Beziehung und therapeutische Imaginationen Katathym Imaginative Psychotherapie als psychodynamischer Prozess Ein Leitfaden

52. Horn, Sannwald, Wienand Katathym Imaginative Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen
2006 Ernst Reinhardt Verlag München Basel
53. Kottje-Birnbacher, L. (1987): Gruppentherapie mit dem Katathymen Bilderleben. Tiefenpsychologische Arbeit und strukturierende technische Parameter. *Prax Psychother Psychosom* 32, 35-45
54. Leuner H. Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis. 2. Aufl. Huber. Bern. 1983. – S. 209 – 215 (+психосоматика)
55. Leuner H. Lehrbuch des Katathymen Bilderleben, Huber, Bern 3. – 1994.
56. Leuner H. Lehrbuch des Katathym-imaginativen Psychotherapie: Grundstufe, Mittelstufe, Oberstufe. 3. korrig. und erw. Aufl. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber, 1994.
57. Leuner H., Horn G., Klessmann E.: Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen, 3. Aufl. Reinhardt, München 1990
58. Schnell Monika Imaginationen im Dialog. Zur Dynamik der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse in der KIP // Kottje-Birnbacher, L., Sachsse, U. & Wilke, E. (Hrsg.). Psychotherapie mit Imaginationen. Mit einem Vorwort von Gerald Hüther. Bern: Huber 2010
59. Sediak Franz Neue Wege – neue Motive in der KIP// Imagination, Nr. 3/1995 S.5-19
60. Siefert H. I. Imagination und Kommunikation im antiken Asklepioskult //Katathymes Bilderleben. – 1980.
61. Silberer, H.: Bericht über die Methode, gewisse symbolische Halluzinationserscheinungen hervorzurufen und zu beobachten. *Jb. psychoanal. psychopathol. Forsch.* 1 (1909) 302
62. Silberer, H.: Symbolik des Erwachens und Schwellensymbolik überhaupt. *Jb. psychoanal. psychopatholog. Forsch.* 3, 1912 621
63. Wilke, E., Kottje-Birnbacher, L., und H. Leuner (Hg.): Das Katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin. Huber, Bern, (+психосоматика)
64. Weber T., Shah H. Trauer und Trauma. –2013 [Elektronischer ресурс] / traumafokus – Режим доступа: <http://www.traumafokus.com/methode.html>

References transliterated

1. Bahrke U. Psihoterapiya deystvuet – posredstvom chego pomagaet katatimno-imaginativnaya psihoterapiya? Razmyshleniya o deystvuyuschih faktorah psihoterapiyu / Ulrih Bahrke // Katatimno-imaginativnaya psihoterapiya kak psichodinamicheskaya obraznaya psihoterapiya / Ulrih Bahrke. – Moskva: Izdatelskiy dom «Atmosfera», 2008. – S. 61–79.

2. Bergson A. Opyit o neposredstvennyih danniyh soznaniya. / Anri Bergson. – Moskva: Moskovskiy klub, 1992.
3. Breyer Y., Freyd Z. Issledovaniya isterii / Y. Breyer, Z. Freyd // Freyd Z. Sobr. soch.: v 26 t. / Y. Breyer, Z. Freyd. – Sankt-Peterburg: VEIP, 2005. – S. 397.
4. Boss M. Vliyanie Martina Haydeggera na vzniknovenie alternativnoy psikiatrii / Medard Boss. // Logos. – 1994. – #5. – S. 88–100.
5. Wilke E. Stili provedeniya psihoterapevticheskoy raboty v simvoldrame / Eberhard Wilke // Tipologiya lichnosti v simvoldrame i drugih metodah psihoterapii. Sbornik nauchnykh rabot / Eberhard Wilke. – Stavropol: Grafa, 2009. – S. 6–13.
6. Vooton N. Vvedenie v epistemologiyu metaforiy. Rabota s somaticheskimi rasstroystvami [Elektronniy resurs] / Norman Vooton // "KLASS" M. – 1999. – Rezhim dostupu do resursu: www.psybooks.ru.
7. Vooton N. Metaforiy dvizheniya. [Elektronniy resurs] / Norman Vooton // "KLASS" M. – 2006. – Rezhim dostupu do resursu: <http://www.psybooks.ru/video/id/175/>.
8. Grebin L. O. Fenomen povahy/nepovahy yak sotsiokulturnyi chynnyk nadannia psykhoterapevtychnoi dopomohy v strukturno-psykhdynamichnomu pidkhodi. Hlava 9 // Metodychni rekomendatsii shchodo vrakhuvannia sotsiokulturnykh chynnykiv v teorii ta praktytsi psykhoterapevtychnoi dopomohy osobystosti / [za redaktsiieiu Z. H. Kisarchuk]. — Kirovohrad: «IMEKS-LTD», 2013.
9. Greben L.A. Simvoldrama kak psihoterapevticheskiiy metod raboty s semey // Aktualni problemi psihologiyi. Tom III.: Konsultativna psihologiya i psihoterapiya : Zbirnik naukovykh prats Institutu psihologiyi Imeni G.S.Kostyuka NAPON Ukrainy / Za red. Maksimenka S.D. – Institut psihologiyi Im.G.S.Kostyuka NAPON Ukrainy; - Milenium, 2003. – Vip.2.
10. Dezual R. Napravlennoe fantazirovanie / R. Dezual // K.G. Yung i sovremennyy psichoanaliz / R. Dezual. – Moskva: CheRo, 1996. – (Hrestomatiya po glubinnoy psihologii). – S. 115–153.
11. Yoga [Elektronniy resurs] / Yoga – Rezhim dostupu: <https://uk.wikipedia.org/wiki/Yoga>
12. Katatimno-imaginativnaya psihoterapiya kak psihodinamicheskaya obraznaya psihoterapiya: Sbornik statey / Pod red. Sadalskoy E.V. – Vyip. 1. – M.: Izdatelskiy dom «Atmosfera», 2008. – s. 10-25.
13. Kisarchuk Z. H., Grebin L. O., Omelchenko Ya. M. Katatymno-imahinativna psykhoterapiia / Z. H. Kisarchuk, L. O. Grebin. Ya. M. Omelchenko // Osnovy psykhoterapii : navch.posib. / V. I. Bantser, L. O. Grebin, Z. V. Hryvul [ta insh.] ; pid zah. red. K. V. Sedykh, O. O. Filts, N. Ye. Zavatska. — Poltava : Alchevsk : TsPK, 2013. — 329 s. — S. 73-97.

14. Kisarchuk Z. H., Grebin L. O., Omelchenko Ya. M. Katatymno-imahinatyvna psykhoterapiia yak metod dopomohy postrazhdalym ditiam / Z. H. Kisarchuk, L. O. Grebin. Ya. M. Omelchenko // *Psykholohichna dopomoha postrazhdalym ditiam* K.2016
15. Kisarchuk Z. H., Lazos G. P. Model korektsii nehatyvnykh perezhyvann pidlitkiv zasobamy katatymno-imahinatyvnoi psykhoterapii yak hlybyнно zoriietovanoho metodu / Z. H. Kisarchuk, G. P. Lazos // *Aktualni problemy psykholohii* [T.3 : Konsultatyvna psykholohiia i psykhoterapiia] : zb. naukovykh prats Instytutu psykholohii imeni H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy / za red. : S. D. Maksymenka, Z. H. Kisarchuk. — K. : In-t psykholohii imeni H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy; Vydavets PP Lysenko M. M., 2010. – Vyp.7. – S. 189–211.
16. Kisarchuk Z. Teoretychni ta tekhnolohichni aspekty zastosuvannia suchasnykh metodiv psykhdynamichnoi paradyhmy u vitchyznianskykh sotsiokulturnykh umovakh // *Aktualni problemy psykholohii*. Tom III. : Konsultatyvna psykholohiia i psykhoterapiia : Zbirnyk naukovykh prats Instytutu psykholohii imeni H.S.Kostiuka NAPN Ukrainy / Za red. Maksymenka S.D. – Instytut psykholohii im.H.S.Kostiuka NAPN Ukrainy; – K.: Lohos, 2014. – Vyp.10.
17. Kisarchuk Z., Lazos G. Katatymno-imahinatyvna psykhoterapiia: teoretychni ta tekhnolohichni aspekty zastosuvannia u vitchyznianomu psykhoterapevtychnomu prostori // *Teorii i tekhnolohii zastosuvannia suchasnykh pidkhodiv do psykhoterapii u vitchyznianskykh sotsiokulturnykh umovakh: monohrafiia* / Z.H.Kisarchuk, Ya.M.Omelchenko, H.P.Lazos ta in.; za red. Z.H.Kisarchuk. – K. – Kirovohrad: Imeks-LTD, 2014. S. 8-37
18. Kozlov V. V., Karamishev A. A.. ShamanIzm: ontologiya, psihologiya, psihotehnika, 2011[Elektronniy resurs] / ShamanIzm – Rezhim dostupu: http://psih.pp.ua/p202_%_2011.html
19. Kryzhanivskyi O. P. Istoriia starodavnoho Skhodu: Kurs lektsii. — Kyiv.: Lybid, 1996
20. Lazos G.P. Tekhnolohii zastosuvannia hrupovoi katatymno-imahinatyvnoi psykhoterapii (HKIP) u roboti z pidlitkamy / H.P.Lazos // *Naukovyi chasopys NPU imeni M.P.Drahomanova. Seriiia № 12. Psykholohichni nauky: Zb. nauk. prats.* – K.: NPU imeni M.P.Drahomanova, 2014. – S. 99-108. (0,9 druk.ark.)
21. Lazos G.P. Sotsiokulturna spetsyfika u vykorystanni v roboti z pidlitkamy symvoldramatychnoho testu-motyvu «Try dereva» // *Teorii i tekhnolohii zastosuvannia suchasnykh pidkhodiv do psykhoterapii u vitchyznianskykh sotsiokulturnykh umovakh: monohrafiia* / Z.H.Kisarchuk, Ya.M.Omelchenko, H.P.Lazos ta in.; za red. Z.H.Kisarchuk. – K. – Kirovohrad: Imeks-LTD, 2014. S. 38-58

22. Laplansh Zh., Pontalis Zh.-B. L 24 Slovar po psihoanalizu / Per. s frants. N.S. Avtonomovoy. — M.: Vyssh. shk., 1996. — 623 s.
23. Levin, P.A. Probuzhdenie tigrā—istselenie travmyi. Prirodnaya sposobnost transformirovat ekstremalnyie perezhivaniya : [per. s angl.] / Piter A. Levin, Enn Frederik; nauch. red. E.S. Mazur. — M: ACT, 2007. — 316
24. Leuner, Hanskarl: Katatimnoe perezhivanie obrazov: Osnovnaya stupen; Vvedenie v psihoterapiyu s ispolzovaniem tehnik snovideniy nayavu; Seminar: Per. s nem. — M.: Eydos, 1996. — 253 s., shemyi.
25. Leuner H. Osnovyi glubinnno-psihologicheskoy simvoliki // Simvoldrama. Sbornik nauchnyih trudov / Pod red. Ya.Obuhova, V.Polikarpova. Mn.: Evropeyskiy gumanitarniy universitet, 2001.
26. Meditatsii v induizme <http://all-yoga.ru/page/meditacii-v-induizme>
27. Omelchenko Ya. Kolyskovi pisni yak zasib vidnovlennia bazovoi rivnovahy travmovanykh ditei // Psykholohichna dopomoha postrazhdalym vnaslidok kryzovykh travmatychnykh podii: metodychnyi posibnyk / Z. H. Kisarchuk, Ya. M. Omelchenko, H. P. Lazos, L. I. Lytvynenko... Tsarenko L. H.; za red. Z. H. Kisarchuk. — K. : TOV “Vydavnytstvo “Lohos”. — 207 s
28. Pervisni formy relihii//Relihiieznavstvo: Navchalnyi posibnyk. 2-he vyd. / Za red. Mozghovo— R 36 ho L. I., Buchmy O. V. — K.: Tsentri uchbovoi literatury, 2008. — 264 s. <https://studfiles.net/preview/5014317/page:3/>
29. Pechii P. Symvoldrama v kryzovii interventsii / Petro Pechii // Forum psykhiiatrii ta psykhoterapii. — Tom 7. — Lviv, 2012.
30. Prohrama pidhotovky fakhivtsiv za napriamom: "Psykhodynamichna psykhoterapiia z vykorystanniam katatymnykh imahinatsii" [Elektronnyi resurs] /Kisarchuk Z.,Grebini.,Omelchenko Ya., Lazos H. — Rezhym dostupu: <https://www.facebook.com/groups/404953356199183/1808840482477123/>
31. Psykholohichna dopomoha postrazhdalym vnaslidok kryzovykh travmatychnykh podii. Metodychnyi posibnyk / Z. H. Kisarchuk, Ya. M. Omelchenko, H. P. Lazos, L. I. Lytvynenko... Tsarenko L. H.; za red. Z. H. Kisarchuk. — K. : TOV “Vydavnytstvo “Lohos”. — 207 s
32. Sadalskaya E. Perspektivy razvitiya katatimno-imaginativnoy psihoterapii: ot snovideniy nayavu k psihodinamicheskoy obraznoy psihoterapii // Katatimno-imaginativnaya psihoterapiya kak psihodinamicheskaya obraznaya psihoterapiya: Sbornik statey / Pod red. Sadalskoy E.V. — Vyip. 1. — M.: Izdatelskiy dom «Atmosfera», 2008. S. 61-79
33. Starodavnii Yehypet: zhertsia, yikh znannia ta rol u zhytti derzhavy. Yakymy znanniamy volodily yehypetski zhertsia? [Elektronnyi resurs] /Starodavnii Yehypet — Rezhym dostupu: Dzherelo:

<http://faqukr.ru/osvita/30496-starodavnij-egipet-zherci-ih-znannja-ta-rol-u.html>

34. Transtsendentalnaya meditatsiya <https://ru.wikipedia.org/wiki/>
35. Uayt Dzhon Menchip Indeytsyi Severnoy Ameriki. Byit, religiya, kultura [Elektronniy resurs] /Uayt – Rezhim dostupu: <https://www.indiansworld.org/indeyskayamedicina.html#.WthV4dSLSX>
36. Ferentsi, Sh. Sobranie nauchnyih trudov. — Izhevsk: ERGO, 2013.
37. Freyd Z. Vvedenie v psihoanaliz. Lektsii \\Per. s nemetskogo G.V. Baryshnikovoy; Lit. red. E.E. Sokolovoy, T.V. Rodionovoy – Moskva: Nauka, 1989 – s.456
38. Haygl-Evers A. i dr. Bazisnoe rukovodstvo po psihoterapii //SPb.: Rech, Vostochno-Evropeyskiy institut psihoanaliza. – 2001
39. Hennig H. O dinamike slova i obraza v analiticheskom protsesse – razmyshleniya ob opredelenii mesta katatimno-imaginativnoy psihoterapii (KIP) //Katatimno-imaginativnaya psihoterapiya kak psihodinamicheskaya obraznaya psihoterapiya: Sbornik statey / Pod red. Sadalskoy E.V. – Vyip. 1. – M.: Izdatelskiy dom «Atmosfera», 2008. S. 61-79
40. Hennig H., Fikencher E., Barke U., Rozendal Otnosheniya i terapevticheskie imaginatsii. Katatimno-imaginativnaya psihoterapiya kak psihodinamicheskii protsess.
41. Horn G., Shest etapov razvitiya rebenka v zerkale simvoldramy. (Vyistuplenie na Mezhdunarodnom simpoziume po problemam psihoterapii i profilaktiki psihicheskikh narusheniy u podrostkov, g. Kaluga, oktyabr 1997 g.) // Simvol i Drama. Sbornik statey. – Harkov: Region-inform, 2000, # 1 (1), s. 18-32
42. Shevchenko N.F. Psykholohichna dopomoha khronichno somatichnym khvorym: dosvid vykorystannia metodu symvoldramy // Aktualni problemy psykholohii. Tom. 3.: Konsultatyvna psykholohiia i psykhoterapiia: Zb. Naukovykh prats Instytutu psykholohii im.H.S.Kostiuka APNU / Za red. Maksymenka S.D., Kisarchuk Z.H. – Nizhyn: MILANIK, 2007. – Vyp.4. S.194-202
43. Shlonska O.O. Vykorystannia katatymno-imahinatyvnoi psykhoterapii v roboti z batkivskoiu hrupoiu // O.O.Shlonska / // Aktualni problemy psykholohii. Tom III. : Konsultatyvna psykholohiia i psykhoterapiia : Zbirnyk naukovykh prats Instytutu psykholohii imeni H.S.Kostiuka NAPN Ukrainy / Za red. Maksymenka S.D. – Instytut psykholohii im.H.S.Kostiuka NAPN Ukrainy; - Vydavets Lysenko M.M., 2012. – Vyp.8.
44. Shumakova L.P. Katatymne perezhyvannia obraziv yak metod psykhoterapii ta psykhoterapii simeinykh stosunkiv // Aktualni problemy psykholohii. Tom III.: Konsultatyvna psykholohiia i

- psykhoterapiia : Zbirnyk naukovykh prats Instytutu psykholohii imeni H.S.Kostiuka NAPN Ukrainy / Za red. Maksymenka S.D. – Instytut psykholohii im.H.S.Kostiuka NAPN Ukrainy; – Milenium, 2003. – Vyp.2.
45. Yung K. G. Analiticheskaya psihologiya: teoriya i praktika. Tavistokskie lektsii //SPb.: Izdatelskiy Dom «Azбуka-klassika. – 2007
 46. Arnheim R. Visual thinking. Berkeley and Los Angeles: California UP, 1967
 47. Bahrke U., W. Rosendahl Psychotraumatologie und Katathym-imaginative Psychotherapie U. Bahrke, W. Rosendahl (Hrsg.) 2001 Pabst, Lengerich (травма)
 48. Frank,L.:Affektstörungen. Studien über ihre Ätiologie und Therapie. Julius Springer Verlag, Berlin 1913
 49. Happich, C.: Das Bildbewußtsein als Ansatzstelle psychischer Behandlung. Zbl. Psychother. 5 (1962) 633
 50. Hennig H. Zum Übertragungs-und Gegenübertragungsprozeß in der Katathym Imaginativen Psychotherapie //www. oegatap. at. – C. 7.
 51. Hennig H., E. Fikentscher, U. Bahrke, W. Beziehung und therapeutische Imaginationen Katathym Imaginative Psychotherapie als psychodynamischer Prozess Ein Leitfaden
 52. Horn, Sannwald, Wienand Katathym Imaginative Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen 2006 Ernst Reinhardt Verlag München Basel
 53. Kottje-Birnbacher, L. (1987): Gruppentherapie mit dem Katathymen Bilderleben. Tiefenpsychologische Arbeit und strukturierende technische Parameter. Prax Psychother Psychosom 32, 35-45
 54. Leuner H. Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis. 2 Aufl. Huber. Bern. 1983. – S. 209 – 215 (+психосоматика)
 55. Leuner H. Lehrbuch des Katathymen Bilderleben, Huber, Bern 3. – 1994.
 56. Leuner H. Lehrbuch des Katathym-imaginativen Psychotherapie: Grundstufe, Mittelstufe, Oberstufe. 3 korr. Und erw. Aufl. Bern; Gottingen; Toronto; Seattle: Huber, 1994.
 57. Leuner H., HornG., KlessmannE.: Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen, 3. Aufl. Reinhardt, München 1990
 58. Schnell Monika Imaginationen im Dialog. Zur Dynamik der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse in der KIP // Kottje-Birnbacher, L., Sachsse, U. & Wilke, E. (Hrsg.). Psychotherapie mit Imaginationen. Mit einem Vorwort von Gerald Hüther. Bern: Huber 2010
 59. Sediak Franz Neue Wege – neue Motive in der KIP// Imagination, Nr. 3/1995 S.5-19
 60. Siefert H. I. Imagination und Kommunikation im antiken Asklepioskult //Katathymes Bilderleben. – 1980.
 61. Silberer, H.: Bericht über die Methode, gewisse symbolische

- Halluzinationserscheinungen hervorzurufen und zu beobachten. Jb. psychoanalyt. psychopathol. Forsch. 1 (1909) 302
62. Silberer, H.: Symbolik des Erwachens und Schwellensymbolik überhaupt. Jb. psychoanal. psychopatholog. Forsch. 3, (1912) 621
63. Wilke, E., Kottje-Birnbacher, L., und H. Leuner (Hg.): Das Katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin. Huber, Bern, (+психосоматика)
64. Weber T., Shah H. Trauer und Trauma. –2013 [Електронний ресурс] / traumafokus – Режим доступу: <http://www.traumafokus.com/methode.html>

Kissarchuk Z. G., Grebin L. O. The method of katathym-imaginative psychotherapy in the context of the features of its teaching. The article is a consideration of katathym-imaginative psychotherapy (KIP) as a psychodynamic method from the perspective of the teaching technique. The relevance of the consideration of KIP in this aspect and the advisability of the chosen form of presentation are justified. The origins and history of the method, its current state and development tendencies are presented. The theoretical concept of KIP, specificity in comparison to other psychodynamic methods, forms of implementation of psychotherapy and their purpose and technique are described.

Key words: psychodynamic psychotherapy, katathym-imaginative psychotherapy (KIP), Guided Affective Imagery (GAI), Katathym Bilderleben (KB), Symboldrama, katathym imaginations (KI), concept of KIP, symbolization, teaching method, specialist formation, system-oriented teaching, psychoanalysis, waking dreams.

Відомості про авторів

Кісарчук Зоя Григоріївна, канд. психологічних наук, старший науковий співробітник, завідувачка лабораторією консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Київ, Україна. kissarchuk@ukr.net

Гребінь Людмила Олександрівна, старший науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України, психотерапевт. Київ, Україна. lyudmila-grebin@ukr.net

Kisarchuk Zoya, PhD, senior researcher, Head of laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, G.S. Kostyuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences (NAPS) of Ukraine. Kiev, Ukraine.

kissarchuk@ukr.net

Grebin Liudmyla, senior researcher of laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, G.S. Kostyuk Institute of Psychology of the National

Academy of Pedagogical Sciences (NAPS) of Ukraine, psychotherapist. Kiev, Ukraine. lyudmila_grebin@ukr.net

РЕФЕРАТ

Кісарчук З. Г., Гребін Л. О.

Метод кататимно-імагінативної психотерапії в контексті особливостей його викладання

У статті здійснюється розгляд кататимно-імагінативної психотерапії (КІП) як психодинамічного методу з точки зору особливостей його викладання в сучасних умовах. Обґрунтовано актуальність розгляду КІП в такому аспекті та доцільність обраної форми викладу. Представлено витоки та історію створення методу; його теоретичну концепцію з виокремленням її суттєвих ознак та ключових теоретичних положень; порівняння кататимно-імагінативної психотерапії з класичною психоаналітичною психотерапією, вирізнення та опис їх спільних та специфічних саме для КІП особливостей; показання та протипоказання у застосуванні методу; сучасні тенденції в розвитку КІП; соціокультурну специфіку у застосуванні кататимно-імагінативної психотерапії у вітчизняному просторі; сфери застосування КІП за критерієм тривалості та формою роботи; загальну методику індивідуальної кататимно-імагінативної психотерапії — структурні аспекти впорядкування психотерапевтичного процесу як в перспективі всієї психотерапії, так і окремого сеансу; процедурні аспекти терапії, перелік та функції стандартних мотивів, особливості інших форм

кататимних імагінацій тощо; спеціальні методичні навички КІП-терапевта: терапевтичні розуміння символів та символізації та застосування терапевтичних інтервенцій — стилів супроводу в КІП і технік поводження із символічними образами.

Ключові слова: психодинамічна психотерапія, кататимно-імагінативна психотерапія, кататимні імагінації (КІ), символ, концепція КІП, викладання методу, формування спеціаліста, системність викладання, психоаналіз, сновидіння наяву.

УДК 615.851

Мединська Ю.

ПОНЯТТЯ «АНТИКРИХКІСТЬ» У ПСИХОАНАЛІТИЧНІЙ ПСИХОТЕРАПІЇ

Мединська Ю. Поняття “антикрихкість” у психоаналітичній психотерапії. У статті висвітлено можливість застосування поняття «антикрихкості» для розуміння динамічних процесів, що розгортаються у ході групової психоаналітичної психотерапії. На клінічному матеріалі проілюстровано застосування терміну для практичної концептуалізації групового процесу.

Ключові слова: антикрихкість, групова психотерапія, психоаналіз.

Medynska U. Concept “Antifragility” in psychoanalytic psychotherapy. The article describes the possibility of using the concept of “anti-fragility” to understand the dynamic processes that unfold in the course of group psychoanalytic psychotherapy. The clinical material illustrates the application of the term for practical conceptualization of the group process.

Key words: anti-fragility, group psychotherapy, psychoanalysis.

Постановка проблеми. Термін «антикрихкість» та його концептуальне наповнення належить американському економісту і трейдеру Нассіму Ніколасу Талебу. Спеціаліст у сфері фінансових ризиків і невизначеності, він спрямовує свої теоретичні роздуми у найрізноманітніші сфери людського буття: політику, медицину,

історію держав та окремих людей. На нашу думку, філософсько-світоглядний вимір поняття «антикрихкості» може стати корисним для удосконалення нашого розуміння психоаналітичної психотерапії, можливо, навіть для усунення деяких «білих плям», які аналітик позасвідомо оминає у власному внутрішньому світі та у досвіді своїх клієнтів, підтримуючи ілюзорне відчуття безпеки для себе через своїх клієнтів.

Н. Н. Талєб запроваджує термін «антикрихкість» на означення певної властивості феноменів чи систем – їхньої здатності в ситуації ризику і стресу не лише не руйнуватися, а, навпаки, отримувати поштовх до розвитку [8]. Н. Н. Талєб пише: «є речі та явища, яким потрясіння йде на користь; вони розквітають і розвиваються, стикаючись з мінливістю, випадковістю, безладом, стресорами, любовними переживаннями, ризиком і невизначеністю. Однак, незважаючи на те, що даний феномен спостерігається повсюдно, у нас немає слова, яким можна точно позначити протилежність до крихкості. Назвемо цю якість “антикрихкістю”» [8]. Автор протиставляє цю властивість гнучкості, еластичності та навіть навразливості (рос. «неуязвимость»). Справа у тому, що еластичні системи в ситуації стресу на якийсь час міняють свою конфігурацію, але по великому рахунку залишаються попередніми. Вони відмовляються від розвитку на користь стабільності. А антикрихкі системи походять через стрес і стають кращими.

Як пише Нассім Тлєб, цією властивістю володіє все те, що змінюється з часом: еволюція, ідеї, революції, політичні системи, технічні інновації, процвітаюча культура і економіка, фірма, яка вижила, хороші кулінарні рецепти (скажімо, курячий суп або татарський біфштекс з краплею коньяку), місто, що розвивається, системи права, екваторіальні ліси, стійкість бактерій до антибіотиків ... Навіть людство як вид на цій планеті. «Антикрихкість визначає межу між живим і органічним (або складним) на зразок людського тіла, з одного боку, і тим, що неживе, скажімо, фізичним об'єктом на кшталт степлера... Антикрихкість любить випадковість і невизначеність, що означає - і це ключова властивість антикрихкості - любов до помилок, до певного класу помилок. Унікальність антикрихкості полягає в тому, що вона дозволяє нам працювати з невідомістю, робити щось в умовах, коли ми не розуміємо, що саме робимо, – і досягати успіху» [8].

Ця ідея, на нашу думку, є цікавим поглядом на світ, зокрема, – і на внутрішній світ пацієнтів у психоаналітичній психотерапії.

Сучасний психоаналіз на рівні теорії та практики акцентує значну увагу на компенсації дефіцитів – налагодженні здатності клієнта до здорової прив'язаності (К. Бріш) [2], компенсації ураженої самості (Х. Когут) [5], налагодженні роботи «апарату по думанню думок» (В. Біон) [3], компенсації дефіциту навиків менталізації» (П. Фонагі) [1], подоланні «неспроможності до самотності» (Д.В. Віннікотт) [11], розвитку, що веде від параноїдно-шизоїдної до депресивної позиції та розвитку навиків символізації (М. Кляйн) [10]. Основоположне для раннього психоаналізу питання конфлікту, структурованого довкола табуйованих суспільством тем сексуальності чи агресії, відійшло за останні десятиліття на другий план. Сучасні проблеми, які потрапляють у поле зору психоаналітика, – це більше нарцистичні ураження, аніж класичні конфлікти сексуальності, описані в ранні часи психоаналізу. Про цю тенденцію пише сучасний французький психоаналітик Сюзан Геєнен-Вольф у статті «Сексуальність у психоаналізі: історія зникнення?», аналізуючи широкий пласт сучасної психоаналітичної літератури [9].

Психотерапевт «навчає» пацієнтів менталізувати, перебуває в селф-об'єктному перенесенні. Його мета – зміцнити стійкість до стресу пацієнтів, розширити спектр психологічних інструментів для опрацювання різних переживань. Йдеться як про зовнішні стресогенні чинники, так і про внутрішні – сильні неусвідомлювані афекти. В голові психоаналітика є ідея про зростання психічної гнучкості, психологічної диференційованості, які мають допомогти пацієнту проживати його життя без критичних декомпенсацій. Ми по замовчуванню зміцнюємо психічну структуру в надії, що у майбутньому вона буде краще справлятися зі стресами. Ніби створюємо подушку безпеки. Те, що ми думаємо, те, що ми вважаємо добрим результатом нашої роботи, - це великою мірою ілюзорна, максимально можлива підготовка пацієнта до «всіх випадків життя». А «випадки життя» часом бувають такі, що з неухильністю вестимуть до поломки, не залежно від того, якою міцною є психіка. У термінології Нассіма Талеба – існують Чорні лебеді – непередбачувані події катастрофічної значимості, які

обов'язково наступлять з плином часу. Плин часу є фактором неунікального ризику.

Як контраст до ідеї антикрихкості на думку спадає герой грецької міфології Ендімійон. Є різні версії міфу, але усі вони пов'язані з ідеєю знерухомлення, спокою, рятівного сну, відходу від життєвої реальності. За однією версією, Зевс занурив юнака Ендімійона у вічний сон, щоб покарати за те, що він закохався в Геру. За іншою – Селена приспала юнака, щоб поцілувати його. З третьою, юнак Ендімійон чудової вроди сподобався Зевсові і той запропонував йому попросити для себе подарунок. Ендімійон попросив вічний спокій або ж можливість померти тоді, коли сам захоче. У кожній з версій йдеться про вічний спокій та сон. Це щось протилежне до мінливості, ризику, приймання викликів життя з відкритим забралом [7].

Можливо, деякі наші «білі плями» як аналітиків є такими ж, як у Ендімійона – у нашому прагненні до спокою, інтактності до емоційних зрушень, прагненні до мінімізації ризику. Ці білі плями прикриті маскою теоретичного конструкту залагодження психічного дефіциту. Можливо, йдеться про те, що сам аналітик-Ендімійон волів би уникати ризиків, мати гарантовану стабільність, безконечний, нічим не порушений спокій. Психоаналітик з таким позасвідомим очікуванням не може спокусити пацієнта до змін, ініціювати їх, супроводжувати пацієнта в ході цих змін, показати, як з цим можна бути – продемонструвати силу антикрихкості. Тоді лакмусовим папірцем для виявлення такої білої плями аналітика є цілий спектр його негативних емоцій, які можуть виникати в ситуації погіршення стану клієнта, змін, різких поворотів в житті клієнтів.

І хоча у цій доповіді про антикрихкість ми розмірковуємо про виправдані ризики, але наші «білі плями» диктують нам таку думку: «Щоб хтось зміг зважитись на цей ризик, потрібен контейнер. Тільки у ньому можна випробовувати антикрихкість та ініціювати трансформації». Концепція контейнера Вілфреда Біона, на яку я посилаюсь, є, з мого досвіду, однією з найбільш корисних у психотерапевтичній роботі в сфері психіатрії. Це потужний інструмент розуміння пацієнтів та підтримання робочої позиції аналітика в психіатричній рамці. Під дією моїх «білих плям» народжується ідея «антикрихкості в контейнері».

Хочу проілюструвати прикладом зі стаціонарної психотерапії цю ідею «антикрихкості в контейнері». Це історія з великої групи.

Друга велика група після літньої перерви. Групу веде, як завжди, двоє ведучих: завідувач відділення та психолог. У групі більше 40 осіб. Озвучуємо правила. Виголошуємо сакраментальну фразу «...і наша група почалась...».

Коротке мовчання. Психотична пацієнтка, хвороба якої вже давно відшуміла, залишивши по собі глибокий дефіцитарний стан: Я дуже поправилась. Я не знаю, чи дійсно я поправилась. Як ви думаєте, чи мені треба схуднути? Бо в повноті є шарм. То є краса у повноті. Для шарму я їм плавлені сирочки. Там є кальцій і він дає осанку. В осанці шарм. Я їм сирочки, щоб у мене вирости нові зуби. Я загубила свою вставну щелепу. Поклала її в сумку, а мама сказала: викинь сумку, а там була щелепа. Тепер я не маю щелепи. Треба, щоб вирости зуби. Як Ви думаєте, у мене виростуть нові зуби?

Ведуча: на жаль, з медичної точки зору, так не буває.

П: я все ж таки думаю, що виростуть.

Пацієнтка знову повторює по колу свої міркування. Чим більше вона говорить, тим більше людей в групі починають сміятися. Сміх напружений, у ньому чується явна насмішка над хворою людиною, над таким собі вуличним «дурником», який плете дурниці. Помічаю, що сміються пацієнти, які вже мають великий досвід лікування від хронічних, середньої важкості розладів, які вже не вперше на великій психотерапевтичній групі, мають досвід малих груп, індивідуальних стаціонарних психотерапій, роботи в Клубі пацієнта. Які вже дуже багато скористалися з цілої стаціонарної психотерапевтичної рамки. Відчуваю роздратування до них.

Пацієнт, який трохи запізнився і тому опинився в центральному колі великої групи разом з ведучими, сидить на краєчку крісла, згорблений, нерухомий. Каже:

Мені дуже тривожно. Я не на своєму місці. Хотів би бути на своєму місці.

Ведучий: Ви сьогодні запізнились, тому для Вас лишилось це місце. Сьогодні це Ваше місце.

Група мовчить. Мовчання триває. Учасник, який минулої групи говорив про цензуру, показуючи журнал Космополітен з

вирізними картинками, запрошує групу поговорити про щастя. Група не підтримує теми. Мовчання триває.

Ведучі розмовляють з групою і між собою про мовчання групи. Частину наших роздумів ми адресуємо до групи, а частину інсценізуємо як розмову між собою. Пропонуємо різні варіанти: що так буває після тривалої перерви, коли страшно почати. Що часом добре помовчати. Що тут бували різні групи, у тому числі і мовчазні. Що група має цю годину для себе і можна її використати на власний розсуд. Що може бути страшно говорити вголос. Що часом коли з кимось знайомишся, а тут багато нових пацієнтів, то настає момент, коли не знаєш, про що говорити. Пригадуємо, що ми також бували на подібних групах в якості учасників. Що на тих групах нам також було страшно говорити, але коли вже хтось заговорив, то ставало спокійніше. Припускаємо, що минулого разу тема цензури, контролю могла викликати велику тривогу і тому так складно. Група ніяк не реагує на слова ведучих, не включається. Все це з паузами триває до 35-40 хвилин.

За 10 хвилин до кінця групи 2 пацієнтки одна за одною розповідають свої історії. Перша – це історія ідеальної сім'ї, дуже добрих дітей, все в порядку, панує любов і підтримка, життя у всіх склалося. Інша пацієнтка розповідає про свою жакливу сім'ю, в якій повний крах: син випиває, донька покинула хвору маму, інший син – монах. Ніхто не підтримує розмови ні з першою, ні з другою, ні про що не питає, ніяк не коментує. Відчуття, що історії впали, як камінь на дно криниці і навіть луни не чути.

Ведучі беруть на себе функцію якось відгукнутися на історії пацієнток. Група наближається до кінця. Завершальна інтервенція ведучих про те, що мовчання групи – це також частина життя групи. Що коли воно переривається, то ми можемо почути дуже різні історії – і щасливі, і драматичні.

Роздуми про групу. Група на старті нового сезону. Вона запрошена до регресії, зближення, занурення у свої переживання. Хтось з пацієнтів вже має досвід такого «плавання», хтось – ні, але і перші, і другі мають величезну тривогу. Ця тривога символізується групою через образ жіночого тіла у виступі першої психотичної пацієнтки – повного, в якому є свій шарм, яке не має зубів. Можемо думати про цей фрагмент як про фантазію, що озвучує бажання регресії в безпечні материнські обійми, і страх опинитися у певному

«зубастому» просторі. Пригадується міфологічний образ «vagina dentata» - «зубастого лона». Згідно з міфом індіанців вай-вай, прабадьки-близнюки Ваші і Маварі (у яких були величезні пеніси) зловили у воді жінок, що мали піхви із зубами. Нетерплячий Ваші, намагаючись заволодіти жінкою, мало не загинув, але позбувся частини пеніса. Маварі ж здобув чарівний наркотичний засіб, приспав свою дружину та видалив з піхви зуби піраньї [4].

Ця архаїчна, міфологічна фантазія, яка виникає у ведучої у відповідь на те, що відбувається на групі може бути індикатором глибокої регресії групи та мобілізації всіх «культурно-інтелектуально-теоретичних» запасів психотерапевтів для того, аби справитись з цією регресією.

Як пише Петер Куттер, «...терапія групи, яка переживає глибоку регресію, нагадує терапію людини, що страждає на шизофренію. У цій перспективі можна вести мову про так звану модель групового психозу. Примітивні функції, які виконує група в подібних випадках, стають зрозумілими, якщо поглянути на них крізь призму психології Мелані Кляйн... У ситуації групового психозу група перебуває під впливом несвідомих амбівалентних образів, які загрожують поглинанням, знищенням та відторгненням пацієнтів. Его учасників групи виявляється безсилим перед натиском позасвідомих образів. В цьому моторошному світі примар буквально оживають тіні минулого. На стадії подібної регресії лише психоаналітик зберігає здатність адекватно сприймати дійсність і фактично виконує роль Его групи. Якщо робочий альянс досить міцний, а перенесення на ведучого є позитивним, то психоаналітик може допомогти пацієнтам усвідомити свої переживання та інтегрувати їх в Его...» [6].

Група переживає страх від цього психотичного образу товстої жінки без зубів, яка відрощує собі зуби. Це викликає захисну агресію, насмішку. Меседж від пацієнта «бути на своєму місці» був для мене дуже важливим. Це був заклик, щоб я залишалась на своєму місці. І це було місце мами біля немовлятка, яке «мовчить» - місце мами в стані ревері. Результатом мого ревері було обговорення з самою групою і колегою-ведучим мовчання. Не важливо було дати влучну інтервенцію, не принципово було розбити це мовчання, але важливо і принципово було дати групі

відчуття, що я залишаюсь разом з групою коли вона мовчить і можу думати про це.

В останніх 10 хвилин група починає говорити. Протагоністи виступають з двома абсолютно протилежними історіями, що демонструють стан розщеплення, в якому перебуває група. Ці дві історії – як ознака пожвавлення немовлятка, група далека від того, щоб якось «перетравлювати» ці історії – швидше вони є бета-елементами, які група-немовлятко викидає в материнський контейнер. Тому інтерпретації про групове розщеплення ми не даємо.

Це була трудна група, вона вимагала мобілізації і теоретичних знань, і емпатичної здатності витримувати мовчання, в якому можна було відчитати і знецінення, і страх, і спробу самознищення групи. Але динаміка наступних груп свідчить про те, що, певно, ми витримали цей іспит на контейнерування: наступні групи були менш тривожними та, відповідно, більш продуктивними, вони більше часу могли перебувати в робочій позиції, хоча, звичайно, в міру того, як поступали нові пацієнти і мінявся склад групи, ми знову і знову наближались до цієї межі групового небуття – ендіміонного сну.

Це була ілюстрація, як група може витримати потужний «удар» регресії, покладаючись на надійний контейнер, і тоді, маючи певний запас антикрихкості, можна ризикнути і наважитись на зміни.

Список використаних джерел

1. Бейтман Э. У., Фонаги П. Лечение пограничного растройства личности с опорой на ментализацию. Практическое пособие / Бейтман Э. У., Фонаги П. – М. : Институт общегуманитарных исследований, 2014. – 248 с.
2. Бриш К.Х. Терапия нарушенной привязанности: от теории к практике / Карл Хайнц Бриш. – М. : Когито-центр, 2014 – 320 с.
3. Гринберг Л., Сор Д. Введение в работы Биона / Леон Гриндерг, Дарио Сор, Элизабет Табак де Бьянчеди. – М. : Когито-центр, 2007. - 160
4. Леви-Стросс К. Мифологии. Том 4-й. — Университетская книга, 2007. — С. 448.

5. Кохут Х. Анализ самости: Систематически» подход к лечению нарциссических нарушении личности/ Кохут Хайнц / Пер. с англ. -М., "КогитоЦентр", 2003. - 308 с.
6. Куттер П. Элементы групповой терапии. Введение в психоаналитическую практику / Петер Куттер / Перевод с немецкою С.С.Панкова. - СПб.: Б.С.К., 1998- 198с.
7. Мифы народов мира. М., 1991-92. В 2 т. Т.2. С.661 - ЕНдіміон
8. Талеб Н.Г. Антихрупкость. Как извлечь выгоду из хаоса / Нассим Николас Талеб. – М. : Колибри, 2016. – 768
9. Heenen-Wolff, S. Presses Universitaires de France | « Revue française de psychanalyse » 2008/4 Vol. 72 | pages 1155 – 1171
10. R.Hinshelwood, A Dictionary of Kleinian Thought. - Free Association Books; 1991
11. Winnicott, D.W. (1958) The capacity to be alone, IJP, 39, pp. 416-420.

References transliterated

1. Beytman E. U., Fonagi P. Lechenie pograničnogo rastroystva lichnosti s oporoy na mentalizatsiyu. Prakticheskoe posobie / Beytman E. U., Fonagi P. – М. : Institut obščegumanitarnykh issledovaniy, 2014. – 248 s.
2. Brish K.H. Terapiya narushennoy privyazannosti: ot teorii k praktike / Karl Haynts Brish. – М. : Kogito-tsentr, 2014 – 320 s.
3. Grinberg L., Sor D. Vvedenie v raboty Biona / Leon Grinderg, Dario Sor, Elizabet Tabak de Byanchedi. – М. : Kogito-tsentr, 2007. – 160
4. Levi-Stross K. Mifologiki. Tom 4-y. — Universitetskaya kniga, 2007. — S. 448.
5. Kohut H. Analiz samosti: Sistematičeski» podhod k lecheniyu nartsissičeskikh narushenii lichnosti/ Kohut Haynts / Per. s angl. - М., "KogitoTsentr", 2003. - 308 s.
6. Kutter P. Elementyi gruppovoy terapii. Vvedenie v psihoanalitičeskuyu praktiku / Peter Kutter / Perevod s nemetskoyu S.S.Pankova. - SPb.: B.S.K., 1998- 198s.
7. Mifyi narodov mira. М., 1991-92. V 2 t. Т.2. S.661 – EndImlon
8. Taleb N.G. Antihrupkost. Kak izvlech vyigodu iz haosa / Nassim Nikolas Taleb. – М. : Kolibri, 2016. – 768
9. Heenen-Wolff, S. Presses Universitaires de France | « Revue française de psychanalyse » 2008/4 Vol. 72 | pages 1155 – 1171

10. R.Hinshelwood, A Dictionary of Kleinian Thought. - Free Association Books; 1991
11. Winnicott, D.W. (1958) The capacity to be alone, IJP, 39, pp. 416-420.

Відомості про автора

Мединська Юлія – кандидат психологічних наук, доцент, психолог Львівського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру. м. Львів, Україна

Yulia Medynska – Phd, dotzent, psychologist Lviv psychoneurological clinic. Lviv. Ukraine

yukia@ukr.net

ORCID iD 0000-0002-5688-0903